WIEDZA LEKARSKA

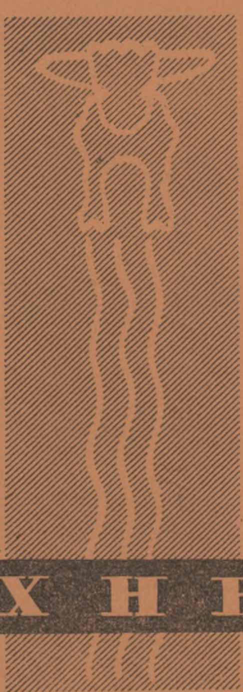
MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER 2
LUTY

WYD. XIII R.



WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, LUTY 1939 R. NUMER II.

PRACE ORYGINALNE

NOWE KIERUNKI OPIEKI LEKARSKIEJ NAD DORASTAJĄCĄ MŁODZIEŻĄ.

Podał

Dr. Czesław Wroczyński.

Szkolna opieka lekarska powstała pod wpływem wyników badań klinicznych nad młodzieżą. Wykazały one wielką liczbę usterek zdrowotnych, które zaniepokoiły lekarzy i wstrząsnęły opinią publiczną. Od połowy ubiegłego stulecia, lekarz wkracza na teren szkolny w charakterze opiekuna zdrowia, a następnie wychowawcy. Intelektualizm, dawniej tak głęboko zakorzeniony, jest obecnie upatrywany jako jeden z czynników wątłości rosnącego pokolenia. Rozpoczynamy epokę, zmierzającą do uprzywilejowania potrzeb struktury fizycznej dziecka kosztem jego obciążenia intelektualnego. Staramy się osiągnąć równowagę wychowania intelektualnego i fizycznego. Braki zdrowotne większości młodzieży zależą przecież w znacznej mierze od działania czynników zewnętrznego otoczenia, a więc są usuwalne. Zadaniem tej pracy jest omówienie czynników równoważących wielostronne, a często sprzeczne wpływy wychowania domowego i wychowania fizycznego i intelektualnego w szkole. Jaką rolę należy przypisać czynnikom konstytucjonalnym? Czy możemy wyodrębnić wpływy poszczególnych czynników bytowania: mieszkania, odżywiania, warunków społecznych? Czy możemy ustalić wpływ bodźca pracy umysłowej i fizycznej — i jednej z form tej pracy, to jest ćwiczeń cielesnych? Czy możliwym jest ustalenie dawkowania ćwiczeń odpowiednio do potrzeb jednostki, biorąc pod uwagę konieczność wyrównania skutków jednostronnej pracy siedzącej? Przyczynek do oświetlenia tych zagadnień opieram na studiach, poczynionych w tym względzie podczas dłuższego pobytu zagranicą: w Niemczech, Anglii, Francji i Szwajcarii oraz na spostrzeżeniach poczynionych w Polsce i opartych na doświadczeniach polskich placówek naukowych.

Zasadnicze badanie kliniczne dzieci szkolnych jest oparte na stwierdzaniu kilku cech morfologicznych (wzrost, waga), służących do oceny rozwoju dziecka, na sprawdzaniu stanu odżywienia i stanu narządów wewnętrznych. Z biegiem lat uzupełniono karty badań ścisłymi pomiarami antropometrycznymi; metodyka badań układu oddychania i układu krążenia obejmuje dzisiaj szereg prób czynnościowych, służących jako wskaźnik wydolności tych narządów. Wielkie znaczenie rozwoju kośćca, stawów i mięśni, kazało zwrócić baczniejszą uwagę na usterki, tak często spotykane w budowie układu ruchowego. Stąd pochodzi rosnące coraz bardziej znaczenie ortopedii praktycznej dla lekarzy szkolnych, nadto należy tutaj cały szereg innych zagadnień, jak ustalenie stanu uzębienia, wymagające badania dentystycznego, znaczenie układu chłonnego

gardła, jako siedliska ognisk zakażenia, wymagające badania laryngologicznego itd.

Materiały badań młodzieży szkolnej posiadane w Polsce podzielić możemy na trzy grupy:

1. Zestawienia lekarzy szkolnych, pochodzące z miast i miasteczek, w których przeprowadzane są coroczne badania.
2. Wyniki prac Komisji do badań wartości biologicznej dziatwy i młodzieży Rzeczypospolitej Polskiej. Komisja (powołana przez Pana Ministra W. R. i O. P.), składająca się z grup lekarzy przeszkolonych, przeprowadziła szczegółowe badania według ustalonego schematu, w dziewięciu okręgach szkolnych. Organizację, nadzór i opracowanie materiałów przeprowadził Centralny Instytut Wychowania Fizycznego w r. 1937. Materiał ten składa się z kart 7.545 chłopców i 7.393 dziewcząt.
3. Badania młodzieży w poradniach wychowania fizycznego. Są one szczegółowe i dają podstawę do oceny najczęściej spotykanych usterek zdrowotnych. Jest to materiał selektywny, gdyż młodzież szkolna kierowana jest do poradni przez lekarzy szkolnych w przypadkach trudniejszych, wymagających szczegółowych badań. Poradnia Wychowania Fizycznego II Klin. Chor. Wewn. Uniw. J. P. rozporządza 4.000 kart młodzieży, badanej najczęściej kilkakrotnie w różnych odstępach czasu, co daje sprawdzian najistotniejszy, to jest stałość i ciągłość obserwacji.

Nie wchodząc szczegółowo w samą istotę, metodykę i ocenę badań i nie mając zamiaru wyczerpania zagadnienia, zwracamy poniżej uwagę na niektóre wnioski, jakie nasuwają się przy stwierdzaniu głównych cech morfologicznych i stanu narządów wewnętrznych młodzieży szkolnej.

Cechy morfologiczne. Wzrost i waga.

Przeciętne wzrostu i wagi dzieci polskich nie zostały dotychczas ustalone. Pomiary przeprowadzone w r. 1930 na zlecenie ś. p. Dra Stanisława Kopczyńskiego i ogłoszone przez Główny Urząd Statystyczny oraz podane w pracy Dra Jana Bogdanowicza (2) — wykazały tak znaczne różnice wzrostu i wagi dzieci, pochodzących ze środowisk miejskich i wiejskich, szkół średnich i powszechnych, że ustalenie przeciętnych dla całego kraju jest u nas niemożliwe. Ilustruje ten fakt następujące zestawienie:

Przeciętny wzrost chłopców 8 letnich:

Cm:	Źródło:
119,0	Kopczyński (3) Szkoły powszechne, wyznanie rz.-katol.
123,0	Barański, Bogdanowicz, Łomnicki (4).
126,0	Kopczyński (5) Szkoły średnie Warszawa ,wyzn. rz.-kat.
119,3	Kopczyński (6) Szkoły powszechne, miasta, wyznanie rz.-kat.
118,2	Kopczyński (7) Szkoły powszechne, wieś, wyznanie rz.-kat.
124,8	Kuratorium Lwowskie (8) Szkoły średnie, pow. i zawod. Mydlarski, Komisja badań.
120,5	Kuratorium Lubelskie (8) idem.
121,8	Wszystkie Kuratoria (8) idem.

Przeciętna waga chłopców 8 letnich:

Kilogr.:	Źródło:
22,5	Kopczyński (3).
24,3	Barański, Bogdanowicz, Łomnicki (4).
26,0	Kopczyński (5).
22,7	Kopczyński (6).
22,6	Kopczyński (7).
26,5	K- Lwów (8) Mydlarski.
23,5	K- Lublin (8) Mydlarski.
24,0	Wszystkie Kuratoria (8) Mydlarski.

Wzrost dzieci ośmioletnich waha się w granicach 8 cm. Najmniejsze są dzieci szkół powszechnych wiejskich — 118,2, największe szkół średnich warszawskich — 126,0. Wahania wagi osiągają 4 kg; wieś — szkoły powszechne — 22,6, miasto Warszawa — szkoły średnie 26,0, Kuratorium Lwowskie — 26,5.

Różnice wzrostu i wagi pomiędzy rozmaitymi kategoriami dzieci tego samego wieku wzrastają w okresie dojrzewania. Fakt

ten jest zrozumiałym i stwierdzonym przez S c h i o t z a, który wykazał na krzywych zwiększające się z wiekiem rozproszenie wymiarów tych samych grup dziecięcych, to znaczy, że okres dojrzewania czyni z bardziej jednolitego materiału dziecięcego, bardziej rozproszony, przedstawiający większe różnice indywidualne, materiał młodzieńczy.

Chłopcy w wieku ukończonych lat 15, według pomiarów z tych samych źródeł, mają różnice wzrostu dochodzące 14 cm: szkoły powszechne wieś — 148,1, szkoły średnie Warszawa — 162,0. Wahania wagi w tej samej chłopięcej grupie wieku, sięgają prawie 11 kg: szkoły powszechne wieś — 40,8 kg, szkoły średnie Warszawa — 51,5 kg. Różnice te przekraczają średnie odchylenie pomiarów. Są one połączone z warunkami bytowania. Duże zmiany biologiczne zachodzą w ostatnim trzydziestoleciu. Pomiary K o c h a w Lipsku (10), (10-A), (10-B) i W o l f f a w Berlinie (11), wykazują znaczne powiększenie wzrostu i wagi dzieci tych samych grup wieku. Wolff stwierdził pomiędzy rokiem 1925 i 1933 zwiększenie wzrostu o 6 do 6,5 cm, a wagi o 1 do 1,5 kg dzieci zapisywanych do szkół w wieku 5½ do 6 lat. W tym samym czasie dzieci kończące szkoły były wyższe o 6 — 8 cm, cięższe o 4 — 4,5 kg. 13-to latki Kocha ze szkół lipskich były wyższe o 8,8 cm (chłopcy), o 11,0 cm (dziewczęta) w roku 1933, niż w r. 1918. Autor ten zwraca uwagę, że w okresie ostatniego trzydziestolecia rozwój dziewcząt w Niemczech (I-sza menstruacja) został przyspieszony o dwa lata. Różnice wzrostu i wagi byłyby więc wyrazem przyspieszenia rozwoju fizycznego, następującego w obecnej epoce w wielu państwach Europy. Jest to jednak zjawisko, do którego, przynajmniej tymczasowo, dopóki nie zostaną wyświetlone następstwa tego stanu rzeczy, należy się ustosunkować krytycznie, nie wiadomo bowiem, czy szybszy rozwój nie łączy się równocześnie z przedwczesnym zużyciem ustroju. Dr. B o g d a n o w i c z stwierdza to samo zjawisko w Polsce. Przyspieszenie dojrzewania nie jest połączone z absolutnym zwiększeniem wymiarów ciała dorosłego pokolenia. K o c h przytacza niemieckie statystyki ubezpieczeniowe z okresów 1876 — 1885 i 1930 — 1932. Różnice wzrostu na korzyść obecnej epoki są minialne i nie przekraczają 1 lub 1,5 cm. Waga dorosłych mężczyzn w wieku lat 40 zmniejszyła się o 1,5 kg. Nastąpiło więc tylko przyspieszenie i skrócenie okresu rozwojowego. Poborowy dzisiejszy jest już zupełnie wyrośnięty w wieku lat 20; natomiast poborowy przed wojną europejską rósł jeszcze znacznie do wieku lat 25. Z tych względów nie można uważać zwiększenia wzrostu i wagi poborowych, jako wskaźnika poprawy fizycznej.

Bujanie wzrostu w okresie dojrzewania u dzieci miejskich jest znacznie gwałtowniejsze, niż u dzieci wiejskich. Warunki bytowania środowiska wielkomiejskiego działają bardzo silnie na równowagę ustroju. Wykreślone przeze mnie krzywe na materiale pomiarowym dzieci belgijskich (zestawionym przez Q u e t e l e t w r. 1835 (12)), wskazują bardzo nikłe bujanie wzrostu w okresie dojrzewania. Wpływ obecnej epoki przyczynia się prawdopodobnie do powstawania tak zwanych „kryzysów dojrzewania".

Trudno jest ustalić, jakie czynniki grają rolę we wpływie bytowania dzieci wiejskich i dzieci miejskich na samo dojrzewanie i jego przebieg. Możliwym jest wpływ odżywiania, pracy fizycznej, trybu życia, mieszkania, zamożności, czynników klimatycznych. J o h n B o y d O r r (13) przytacza doświadczenia poczynione w Japonii nad wpływem podawania mleka dzieciom szkół powszechnych: dzieci otrzymujące 250 gr mleka, jako dodatek do zwykłego pożywienia, rosły szybciej niż dzieci zwykle żywione: przeciętny przyrost wzrostu wynosił u pierwszych 6,68 cm. rocznie, u drugich — 4,65 cm. Ten sam autor przytacza przykład dwóch szczepów afrykańskich, żyjących w identycznych warunkach. Szczep, którego pożywienie było bogate w mięso, sole mineralne i witaminy miał wzrost przeciętny o 12,7 cm. większy, niż szczep żywiący się szczególniej węglowodanami, z małą ilością zwierzęcego białka i witamin. Czynniki konstytucjonalne były identyczne w obu przypadkach. Poza wpływami sposobu żywienia, stan wzrostu i ogólnego rozwoju młodzieży zależy od wpływów gruczołów dokrewnych, głównie przedniego płata przysadki mózgowej, tarczycy, grasicy i gruczołów przytarczycowych. Zbyt wybujały wzrost, zahamowanie wzrostu, tak jak i nadmierne wychudzenie lub otyłość w wieku młodzieńczym, są oczywiście wyrazem zahamowania równowagi w ich działaniu.

Szczególne znaczenie przypada tutaj tarczycy, której nadmierne wydzielanie stwarza często w okresie dojrzewania objawy tyreotoksykozy, również często, choć w sposób mniej widoczny i burzliwy, występuje w tym okresie zmniejszone wydzielanie tarczycy, prowadzące do obrzęku śluzowego, który przebiega nieraz dyskretnie, tym nie mniej wpływa czynnie tak na rozwój fizyczny, jak i na rozwój intelektualny. Wpływ dodatkowej pracy fizycznej (ćwiczeń cielesnych) na przebieg dojrzewania został udowodniony przez P. Godin (14). Na wychowankach szkoły wojskowej Godin przeprowadzał w ciągu 3½ lat szczegółowe ośmiokrotne pomiary. Młodzież była podzielona na 4 grupy: grupa A — ćwiczyła bardzo usilnie, grupa D — składała się z dzieci słabszych i wcale nie ćwiczyła.

Porównanie dwóch okresów wieku 14½ do 16 lat i 16 — 18 wskazuje, że w tych samych warunkach otoczenia — mieszkanie, odżywianie, spanie, obciążenie pracą umysłową — grupa A uprawiająca ćwiczenia, a więc dodatkową pracę fizyczną — rozwijała się równomiernie. Grupa D w okresie 14½ — 16 miała mniejszy przybytek wzrostu i wagi; później w okresie 16 — 18 lat następuje dla dzieci niećwiczących gwałtowny skok wzrostu z niedostetecznym przybytkiem wagi.

Porównanie daje obraz następujący:

Grupa A (ćwicząca) Przybytek wzrostu i wagi		Grupa D (niećwicząca) Przybytek wzrostu i wagi	
okres 14½ — 16 lat			
10 cm	6 kg	7 cm	4 kg
okres 16 — 18 lat			
11 cm	16 kg	13 cm	6 kg

Działanie pracy fizycznej, jako czynnika regulującego rozwój, to znaczy bardziej równomiernego rozłożenia bujania wzrostu na okres dojrzewania (3½ lata) — i większego przybytku wagi, jest niezwykle interesujące w warunkach wyjątkowo ścisłych doświadczeń Godin'a. Spostrzeżenia na grupach pośrednich B (ćwiczących bez zaprawy gimnastycznej) i C (niećwiczących w pierwszym roku doświadczenia — lecz tylko w następnych), potwierdzają tę samą tezę. Niezmiernie staranne pomiary dokonane przez Messerli (15) na licznej grupie studentów w Lozannie, gimnastyków i poborowych tego samego wieku w Szwajcarii, wykazały nieproporcjonalnie duży wzrost studentów ze szkodą dla wymiarów poprzecznych i znacznie mniejszy odsetek zdolnych do służby wojskowej. Szczególniej młodzież wielkich miast ze środowisk zamożniejszych (Kopczyński — szkoły średnie Warszawa l. c. (5)) — odznacza się dużym wzrostem ,niedoborem wagi, niedostatecznym rozwojem w szerz, gwałtownym kryzysem przebiegu dojrzewania (posiadam osobiste spostrzeżenia przybytku wzrostu w 16-tym roku życia, wynoszącym 20 cm) i przyspieszeniem okresu dojrzewania. Zjawiska tego nigdy prawie nie spostrzegamy na wsi wśród młodzieży chłopskiej, zaprawionej od wczesnego wieku do ciężkiej pracy fizycznej. Wpływy środowiska wielkomiejskiego przyczyniają się więc do powstawania typów wybujałych, t. zw. astenicznych, oddechowych (leptosome — Kreczmera). Działanie czynnika konstytucjonalnego zbiega się w tym przypadku z działaniem zewnętrznego otoczenia: odżywianie, mieszkanie, siedzący tryb życia, niedobór ruchu i pracy fizycznej.

Praca fizyczna jest więc czynnikiem, działającym pobudzająco na rozwój wymiarów poprzecznych (kościec i mięśnie), tym samym także i na rozwój narządów wewnętrznych (płuc i serca) i hamująco na bujanie wzrostu wzwyż, a w każdym razie na bardziej harmonijny przebieg okresu dojrzewania.

Zupełnie przekonywujące w tym względzie są doświadczenia Schnella w Halle a/Saale na dzieciach szkół powszechnych (16). Przy pomocy umiejętnie dawkowanych ćwiczeń cielesnych, Schnellowi udało się zahamować nadmierne bujanie wzrostu u dzieci szkół powszechnych. Spostrzeżenia oparte były na grupach dzieci pochodzących z tego samego środowiska. Grupy ćwiczące porównywane były z grupami niećwiczącymi. Przy pomocy ćwiczeń cielesnych Schnell osiągnął czasowe zahamowanie rozwoju pionowych wymiarów ciała na korzyść poprzecznych. W końcu okresu dojrzewania różnice pomiędzy grupami ćwiczącymi i niećwiczącymi ulegały zatarciu i były mało widoczne.

Badanie postawy dziecka — uzupełnia w dużym stopniu ocenę roz-

woju dziecka obok pomiarów wzrostu i wagi.

Klasyfikowanie postawy polega na ustaleniu typów określanych jako A, B, C, D, uzupełnione przez E. Reicher dodaniem typu E — oznaczającego zupełnie płaskie plecy bez uwydatniających się krzywizn kręgosłupa. Znaczenie kliniczne upraszcza się do uznania typu A i B jako dobrych typów, C, D i E — jako ujemnych z punktu widzenia wydolności fizycznej. W grupie C i D spotykamy pewien odsetek „okrągłych pleców" na tle choroby Scheurmana (zniekształcenie klinowate kręgów w związku z zaburzeniami kostnienia trzonów, połączone z utrwalonym usztywnieniem piersiowej krzywizny kręgosłupa). Postawa E należy prawie wyłącznie do grupy astenicznej. Metodyka oznaczania postawy opiera się na: ustaleniu położenia głowy w stosunku do osi ciała, wysklepienia przedniego klatki piersiowej, stanu podbrzusza, krzywizn pleców i lędźwi, osi kończyn dolnych w wolnym ustawieniu badanego. W praktyce badań masowych, subiektywizm lekarza odgrywa dużą rolę. Szkoły amerykańskie żądają już obecnie posługiwania się metodą fotograficzną, najlepiej przez zdjęcie sylwetki bocznej badanego na tle ekranu oświetlonego z tyłu bardzo silną lampą (1000 świec). Dobre wyniki daje t. zw. silluettograf Kodaka. Z materiałów posiadanych, ilustrujących wielkie wahania odsetka dobrej i ujemnej postawy, przytaczamy wyniki badań komisji biologicznej, jako bardzo jednolite i starannie wykonane:

wiek 8 — 9, chłopcy

	Postawy %		
Kuratoria:	A	B	C+D+E
poznańskie	0,6	32,2	67,2
śląskie	0,8	9,9	89,3
krakowskie	0,9	10,9	88,2
warszawskie	3,8	29,4	66,8
wileńskie	—	28,8	71,2
brzeskie	8,5	32,6	58,9
lubelskie	23,9	25,8	40,3
łuckie	0,5	25,1	74,4
lwowskie	28,1	44,3	27,6
ogółem:	6,19	26,04	67,8

wiek 14 — 15, chłopcy

	Postawy %		
Kuratoria:	A	B	C+D+E
poznańskie	—	30,0	70,0
śląskie	—	23,4	75,9
krakowskie	6,0	35,6	58,4
warszawskie	9,6	50,2	40,2
wileńskie	6,0	47,0	47,0
brzeskie	12,3	34,9	52,8
lubelskie	45,1	21,0	33,9
łuckie	8,2	41,2	50,6
lwowskie	33,2	43,4	23,4
ogółem	15,1	38,2	46,7

Wahania odsetków postawy A są w granicach od 0 (kuratorium wileńskie) do 28,1 (kuratorium lwowskie). Złej postawy mamy (C + D + E) 27,3% w kuratorium lwowskim i 89,3% — w kuratorium śląskim. Natomiast w wieku 14 — 15 lat stwierdzamy znacznie większy odsetek postawy dobrej (A + B): 53,3%, zamiast 32,2 u chłopców ośmioletnich. Interpretacja tego zjawiska mogłaby być dwojaka:

1) usterki postawy ulegają z wiekiem wyrównaniu,
2) starsze pokolenia dają lepszy materiał dziecięcy, niż młodsze.

Wady postawy pozwalają na stwierdzenie, że w warunkach rozwoju naszych dzieci działają czynniki ujemne, powodujące wiotkość kośćca, stawów i ściśle z nimi związanego układu mięśniowego. Wiotkość układu mięśniowego i stawowego narządu ruchu jest ocenianą, jako tak ważny wskaźnik rozwoju, że prof. Wojciechowski na tej podstawie określa wydolność fizyczną jednostki. Subiektywność oceny nie przekreśla wartości klinicznej powyższego materiału: badania lekarzy szkolnych, dające tylko podział na postawę złą i dobrą, obejmujące około 200.000 dzieci, potwierdzają wyniki osiągnięte przez Komisję. W jednych i drugich stwierdzamy znaczną większość ogółu dziecięcego ze złą postawą; przekraczają one nawet podane powyżej liczby: 67,8% chłopców ośmioletnich, a 46,7% chłopców czternastoletnich o złej postawie. (C + D + E). Należy nadmienić, że ocena jakości budowy dziewcząt daje lepsze wyniki. Budowy złej stwierdzamy tu w grupie

ośmioletniej — 54%, w grupie czternastoletniej — 47%.

Ocena stanu odżywienia.

Metodyka badań przewiduje prawie wyłącznie ocenę wedle uznania subiektywnego, z podziałem na:

1) otyłość,
2) b. dobry lub dobry stan odżywienia,
3) wychudzenie — to znaczy mierny lub zły stan odżywienia,
4) stwierdzenie wyniszczenia, t. zn. daleko posuniętych zaburzeń odżywienia, następuje bardzo rzadko, gdyż dzieci tej kategorii tylko wyjątkowo przychodzą do szkoły.

Badania dzieci szkół powszechnych przeprowadzane przez lekarzy szkolnych, wykazują przeciętnie około 20% dzieci chudych — o złym stanie odżywienia (od 6,86% do 20,71%). Materiał Komisji do badań wartości biologicznej, daje następujące wyniki:

chłopcy:

wiek:	8—9	11—12	14—15
	odsetki		
odżywionych normalnie	77,5	78,9	87,0
chudych	21,2	19,0	10,3
otyłych	0,88	1,47	1,76
dziewczęta:			
odżywionych normalnie	80,1	82,4	87,6
chudych	18,2	14,8	5,8
otyłych	1,09	1,72	4,82

Stan odżywienia starszych roczników jest więc lepszy niż młodszych, zarówno u chłopców jak i u dziewcząt. Dziewczęta przedstawiają się lepiej niż chłopcy: odsetki odżywionych normalnie dziewcząt są wyższe, niż chłopców.

Niezmiernie ciekawą jest grupa otyłych, do której klinicznie zaliczamy otyłość patologiczną, wykraczającą poza normy fizjologiczne. Jest ona związana częstokroć z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. Potwierdzają tę tezę coraz wyższe odsetki otyłych w starszych grupach wieku. Otyłość spotykamy częściej u dziewcząt. Zaburzenia działania gruczołów dokrewnych ujawniają się łatwiej w okresie 11 — 12 i 14 — 15 lat niż w grupie 8 — 9 lat. Są one częściej spotykane wśród ludności żydowskiej (Z. Bychowski), niż wśród chrześcijańskiej.

Budowa i zmiany kośćca.

Ocenę kliniczną budowy ustalamy jako prawidłową w razie braku widocznych zmian, — jako wadliwą lub nieprawidłową, o ile stwierdzamy skrzywienia kręgosłupa, zmiany kośćca (klatka piersiowa, kończyny), stopy płaskie, zniekształcenia stawów. Z materiałów posiadanych wyprowadzamy przede wszystkim wniosek, że znaczna większość dzieci posiada widoczne usterki pod tym względem. Panuje zgodne przekonanie o częstości spotykanych zmian krzywiczych. Przytaczamy następujące dane liczbowe:

Badanie Komisji:

chłopcy:

wiek:	8—9	11—12	14—15
	odsetki		
budowa prawidłowa	38,85	41,43	43,46
budowa nieprawidłowa	60,12	58,14	55,18

W poszczególnych okręgach szkolnych widzimy znaczne wahania. Odsetek dobrze zbudowanych chłopców ośmioletnich, jest najwyższy w Kuratorium lubelskim — 72,7%, najniższy w Kuratorium warszawskim — 5,3%, śląskim — 18,6%, wileńskim — 17,2%. W grupie 15-letniej, Lublin daje — 61,1%, Warszawa — 13,2%, Śląsk — 44,%, Wilno — 21,8%.

dziewczęta:

wiek:	8—9	11-12	14—15
budowa prawidłowa	45,25%	43,85%	52,41%
budowa nieprawidłowa	53,88%	55,0%	46,58%

Wśród dziewcząt ośmioletnich najlepiej przedstawia się Lublin (71,6%), najgorzej Warszawa (4,1%). W grupie piętnastoletniej: Kuratorium krakowskie ma 74,8% dziewcząt o prawidłowej postawie, Poznańskie — 73,0%, Warszawa —

18,3%, Brześć — 33,3% i Wilno — 38,7% — stoją na ostatnich miejscach.

Jedną z ważnych przyczyn wadliwej postawy są skrzywienia kręgosłupa. Około 200.000 badań lekarzy szkolnych, wykonanych w różnych ośrodkach kraju, wskazuje wśród dzieci szkół powszechnych od 2,4% do 9,9% skrzywień kręgosłupa. Na podstawie materiałów polskich nie udało mi się stwierdzić ścisłego odsetka tak często spotykanego dzisiaj schorzenia, jakim jest płaska stopa (płaskostopie). Opracowania Mydlarskiego wskazują wśród naszych poborowych odsetki wahające się w granicach 6,8 — rocznik 1907 do 5,7 — rocznik 1912 (17). Płaskostopie jest schorzeniem znacznie częściej spotykanym w Niemczech, niż w Polsce. Zniekształcenia stopy spotykane są tam u 23,9% poborowych. Wśród poborowych francuskich, płaskie stopy osiągają 12% ogółu (18).

Wielką rolę w powstawaniu wadliwej budowy kośćca odgrywa krzywica. Należy ona w Polsce i w krajach zachodnich Europy do schorzeń ogromnie rozpowszechnionych. Lekarze szkolni stwierdzają wśród dzieci szkół powszechnych wyraźne zmiany krzywicze w 7,91% do 27,29%. Ten ostatni odsetek wykazują badania lekarzy warszawskich, wykonane na 85,876 dzieciach szkół powszechnych w roku 1934/35. Wśród dzieci angielskich (1,794.963 dzieci szkół powszechnych), stwierdzono w r. 1934 zaledwie 0,41% krzywicy (19), Ankieta specjalna, przeprowadzona przez lekarzy pediatrów w hrabstwie Durham w Anglii (20), wykazała zupełnie inny obraz. Badanie ankietowe, oparte była na stwierdzeniu 5-ciu objawów krzywicy:

1) nadmierne guzy czołowe,
2) „ „ ciemieniowe,
3) zniekształcenia klatki piersiowej,
4) kolana szpotawe,
5) golenie pałąkowate.

Dwa z tych objawów stwierdzono u 83% dzieci badanych.

Podobna ankieta wśród dzieci szkół londyńskich (London Connty Council) dała następujące liczby:

bez objawów krzywicy	12,5%
jeden objaw krzywicy	21,4%
dwa objawy krzywicy	25,7%
trzy objawy krzywicy	28,9%
cztery objawy krzywicy	9,8%
pięć objawów krzywicy	1,7%

Dzieci, pochodzące z domów zamożnych, są dotknięte krzywicą w mniejszym stopniu: 8,7% dzieci ubogich nie ma krzywicy; proporcja ta dla dzieci zamożnych wynosi 22,3%. W grupie biednej, trzy lub więcej objawów krzywicy stwierdzamy u 75,4%, w grupie zamożnej tylko u 52,3%.

Bladości powłok, stwierdzonej u dzieci szkolnych, nie uważamy za schorzenie, lecz raczej za objaw spowodowany właściwościami przybłonków oraz układu naczynioruchowego skóry. Znacznie pewniejsze wyniki otrzymujemy przy badaniu błon śluzowych, gdyż zabarwienie skóry zależne jest w wysokim stopniu od jej grubości i właściwości konstytucjonalnych. Zamiast dawnej rubryki, figurującej w kartach zdrowia dzieci szkolnych pod mianem „anemia", notujemy dzisiaj jedynie „bladość powłok zewnętrznych — skóry i śluzówek".

Odsetek dzieci, uznanych za anemiczne przez lekarzy szkolnych w materiale przez nas posiadanym, jest podobny do odsetka krzywicy, wahając się w granicach od 20,70% do 29,16%.

Typy konstytucjonalne naszej młodzieży.

Klasyfikacja kliniczna typów konstytucjonalnych nie jest łatwa. Utarł się zwyczaj używania podziału Sigaud (typ oddechowy, trawienny, atletyczny, mózgowy), albo Kreczmera (typ leptosomatyczny — odpowiadający typowi oddechowemu Sigaud, typ pykniczny — odpowiadający typowi trawiennemu Sigaud, typ mięśniowy — odpowiadający typowi atletycznemu Sigaud).

W praktyce życia klinicznego ustalenie typów konstytucjonalnych jest możliwe dopiero w okresie dojrzewania, a nawet raczej po ukończeniu okresu dojrzewania, jednakże typy konstytucjonalnie bardzo skrajne uwydatniają się jeszcze przed okresem dojrzewania. Odsetek typów czystych jest stosunkowo niewielki. Większość są to typy mięszane. Z tych względów daleko bardziej zrozumiałą jest propozycja Weidenreicha odróżnienia dwóch rodzajów budowy konstytucjonalnej ciała: leptosomatycznej, charakteryzującej się tendencją rozwoju wzwyż i euryzomatycznej — rozwoju wszerz. Skerlj (21) przypuszcza, że nawet typ atletyczny pochodzi również od kombinacji tych dwóch zasadniczych form.

Liczebność typów czystych jest bardzo zmienna, zależnie od autorów.

K r e c z m e r (22) znalazł wśród dorosłych 20% czystych pykników, 40 do 60% typów mięśniowych i leptosomatycznych. A r n o l d (23) stwierdził wśród studentów tylko 21,11% typów czystych: 7,65% — leptosomatycznych, 8,25% — mięśniowych, 5,28% — pyknicznych.

Z w e i g w Wiedniu mógł tylko 40% osobników badanych zaliczyć do klasyfikacji S i g a u d. Komisja badań wartości biologicznej, przyjęła za podstawę podział na:

1) typ leptosomatyczny,
2) pykniczny,
3) atletyczny,
4) typy mieszane:
leptosom — pykniczny
„ — atletyczny,
pykniczno-atletyczny.

Wśród chłopców 14 — 15 letnich Komisja stwierdziła:

1)	typu leptosomatycznego		24,58
2)	pyknicznego		5,00
3)	atletycznego		19,94
4)	lepto-pyknicznego	razem	42,71
5)	lepto-atletycznego		
6)	pykniczno-atletycznego		

Wśród dziewcząt 14 — 15 letnich:

leptosomat.	25,91
pyknicz.	8,20
atletycz.	19,12
mieszan.	38,82

W nieopublikowanej dotychczas pracy dyplomowej J a n i n y G r a b o w s k i e j — „Spostrzeżenia nad rozwojem dziewcząt Gimnazjum Elizy Orzeszkowej w Wilnie" — Wolna Wszechnica Polska, opartej na kartach zdrowia, wypełnionych przez Dr B o g u s z e w s k ą, na 205 dziewcząt, było 22 leptosomatyczek = = 10,7%, 19 pykniczek to zn. 9,2%. Pozostałe dziewczęta należały wszystkie do grup mieszanych.

Materiały polskie wskazują więc, że najczęściej spotykanym typem konstytucjonalnym, jest u nas typ oddechowy, leptosomatyczny lub asteniczny. Wygląd młodzieży tego typu jest nam wszystkim dobrze znany: są to jednostki wysokie, o długich i cienkich kończynach, długiej i płaskiej klatce piersiowej, wązkich ramionach.

Z punktu widzenia wydolności fizycznej, uznać należy za udowodnione twierdzenie, że typy konstytucjonalne krańcowe, nawet jeżeli za kryterium oceny przyjąć tylko wzrost i wagę — są małowartościowe w porównaniu z typami, znajdującymi się w granicach średniego odchylenia wymiarów. Praktyka tak stara Komisji poborowych jest oparta na tej zasadzie. R ö s s l e i B ö n i n g zwracają uwagę na większą śmiertelność grup skrajnych (24). Do wyjaśnienia tego zagadnienia w dobie współczesnej przyczyniła się praca wojskowych lekarzy belgijskich (25) S i l l e v a e r t s'a i G o v a e r t s'a. Udowodnili oni, że liczba poborowych, niezdolnych do służby czynnej z powodu wątłej budowy, zwiększyła się wybitnie po wojnie: 12% poborowych odpada obecnie z tego powodu, to znaczy jeden na ośmiu, gdy przed wojną usuwano jednego na dwudziestu. Liczba wątłych wśród poborowych polskich zmniejszyła się w ostatnich latach. Odsetek ich jest jeszcze jednak dość wysoki, pomimo obniżenia w r. 1930 norm przepisowych: (Mydlarski).

rocznik	1907	26,4%
„	1908	28,1%
„	1909	23,2%
„	1910	21,6%
„	1911	17,8%
„	1912	15,5%

Pomiary wzrostu, wagi i obwodu klatki piersiowej wystarczają do ustalenia wątłej budowy; S i l l e v a e r t s i G o v a e r t s podają dolną granicę wymiarów, cechujących wątłość, poniżej której olbrzymia większość poborowych nie jest zdolna do służby:

wzrost 160 cm.
waga 55 kg.
obwód klatki piersiowej 80 cm.

Zwiększenie liczby wątłych poborowych w Belgii połączone jest z podwyżką przeciętnej wzrostu o 2 cm, zmniejszeniem wagi o 500 gr i obwodu klatki piersiowej o 2 cm. Porównanie dotyczy młodzieży powołanej do szeregów w r. 1906 i w 1931.

Stan uzębienia.

Badania wszystkich autorów zagranicznych i polskich nad dziećmi i młodzieżą dorastającą, zwracają uwagę na stan u-

zębienia. Posuniętą próchnicę zębów stwierdzają lekarze szkolni u 45,10% do 55,39% badanych. Szczegółowe oględziny uzębienia u młodzieży m. Wilna, przeprowadzone przez Dr Nowacką, nie wykazały ani jednego przypadku uzębienia zupełnie normalnego. Dzieci wiejskie wykazują mniejszy odsetek próchnicy zębów — 45% do 50%. Spostrzeżenia własne autora upoważniają do stwierdzenia, że próchnica zębów jest szczególniej rozpowszechniona wśród dzieci śląskich (szczególniej na Dolnym Śląsku), w niektórych okolicach Pomorza. Ubogie dzieci wiejskie w stanisławowskim i na Polesiu mają znacznie zdrowsze uzębienie, niż zamożne dzieci miast zachodnich.

Nadzwyczaj szczegółowe badania ogłoszone przez Sydenstrickera w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (30.000 badań) (26) podają próchnicę zębów u 65,90% dzieci. Specjalnie podjęte badania uzębienia wśród dzieci londyńskich przez M. Mellanby, są bardzo miarodajne. Stwierdziła ona (30):

uzębienie normalne wśród	4.7%	dzieci
próchnicę lekką „	11.7%	„
próchnicę posuniętą „	62.8%	„

Wskazane powyżej bardzo niepokojące liczby dowodzą, że próchnica zębów należy dzisiaj do groźnych chorób społecznych. Knudsen (28) zalicza ją do chorób kulturalnych, narówni z tak rozpowszechnionymi dzisiaj wadami budowy i wadliwą postawą. Twierdzenie to uzasadnione jest najzupełniej. Warunki życia obecnego przyczyniły się do rozpowszechnienia próchnicy. Na materiale wykopaliskowym, opracowanym obecnie w Zakładzie Antropologii Uniwersytetu Poznańskiego — Dyrektor Prof. Dr. Adam Wrzosek, Docent Dr Michał Cwirko-Godycki, — a składającym się z 1800 szkieletów z przed ośmiuset laty, stwierdzono brak próchnicy zębów w owej epoce (29).

Narządy wewnętrzne.

Jeżeli samo stwierdzenie cech morfologicznych młodzieży szkolnej wykazuje cały szereg usterek zdrowotnych, to niemniej ważkie wyniki osiągamy przy badaniu narządów wewnętrznych, a więc przede wszystkim układu krążenia i układu oddechowego, których stan jest decydująco miarodajnym przy ustalaniu wydolności fizycznej. Okres dojrzewania, wcześniejszy przed 15-tym rokiem życia i późniejszy od 15 — 18 lat, wywiera decydujący wpływ na stan układu krążenia i oddychania. Zasadniczą charakterystyką okresu dojrzewania jest wielki wysiłek ustroju, mający na celu nadanie mu ostatecznych cech gatunku, a jednocześnie wyrównanie braków lub zahamowań okresów poprzednich. Gwałtowny przybytek wzrostu i wagi ma swój odpowiednik w powiększeniu raptownym wymiarów narządów wewnętrznych. Krzywe wzrostu tych narządów mają właściwości indywidualne dla każdego z nich. Rössle i Böning stwierdzili na materiale sekcyjnym, że krzywe rozwoju narządów wewnętrznych, ocenione według wagi, są na ogół podobne do krzywej wagi całego ciała i wszystkie wskazują gwałtowny wzrost w wieku lat 14. (31). Badania ich nie potwierdzają znanego przypuszczenia Matthiasa (32) i Mühlmanna o niewydolności czynnościowej serca i płuc w okresie dojrzewania, udowadnianej przez tych autorów zmniejszonym stosunkiem wagi serca i wagi płuc, do wagi ciała: w okresie 11 — 20 lat dla serca 0,26%, a dla płuc 1,67% — zamiast 0,52% dla serca i 2,6% dla płuc w innych okresach życia. Bardzo ścisłe liczby Tandlera (33) nie wykazują również takich wahań.

Miernikiem rozwoju ustroju w tym okresie (14 — 19) jest powiększenie się wzrostu o 10,5%, wagi o 4,5%, obwodu klatki piersiowej o 19%, serca o 70%, wątroby o 61%, nerek o 67% (chłopcy). U dziewcząt serce wzrasta o 70%, wątroba o 56%, nerki o 57%. Obliczenie teoretyczne wskazuje, że waga tułowia wzrasta o 60% (Kaup) (34).

Stokroć ważniejszym kryterium dla oceny procesów dojrzewania są spostrzeżenia, dotyczące zmian czynnościowych narządów wewnętrznych. Sięgają one głęboko w samą istotę codziennych procesów życiowych, upośledzając wydolność ustroju. Warunki bytowania, praca fizyczna i umysłowa, sen i wypoczynek, odżywianie, należyty rozkład zajęć dnia — wywierają na przebieg dojrzewania przemożny wpływ. Wymagania stawiane naszej uczącej się młodzieży rosną zarówno pod względem obciążenia intelektualnego, jak

fizycznego. Docent Dr Reicher stawia na podstawie swych dziesięcioletnich spostrzeżeń to zasadnicze pytanie: „czy obecne metody wychowania, w szczególności metody współczesnego wychowania fizycznego, są w istocie dobrodziejstwem dla młodzieży i czy nie należy dążyć do ich głębszego zbadania i bardziej celowego przystosowania do potrzeb fizjopatologicznych młodzieży, szczególniej w okresie dojrzewania, cechującym się chwiejnością różnych czynności ustrojów?" (35).

Omawiając czynności narządów wewnętrznych młodzieży dorastającej, a więc przede wszystkim układu krążenia i oddychania, należy stwierdzić, że dojrzewanie fizyczne cechuje ta sama chwiejność, co dojrzewanie psychiczne. Proces dojrzewania i tu i tam niszczy równowagę psycho-fizjologiczną, osiągniętą w okresie dziecięctwa. Do umysłowości dziecięcej, tak bardzo związanej ze zmysłami i światem otaczającym, wkraczają głębokie zaburzenia; skłonności i tendencje sprzeczne zmieniają się jak w kalejdoskopie: lenistwo i działalność gorączkowa, energia, rekordomania, nieśmiałość i odwaga naprzemian, melancholia lub nadmierna wesołość — stan tak świetnie scharakteryzowany przez Mendousse'a pod nazwą „anarchia tendencji" (36). W miarę postępów dojrzewania następuje stabilizacja samodzielnego życia psychicznego i czynności narządów ciała. Wydawać by się mogło, że sama natura w tym okresie przebiega wśród rozmaitych składników psycho-fizycznej istoty człowieka, aby zestawić z nich istotę dojrzałą i pełnowartościową.

Te same cechy zmienności i stopniowego ustalania się z wiekiem spotykamy w zmianach stwierdzanych w działaniu narządów wewnętrznych, a przede wszystkim układu krążenia. Będą one dowodem, że dojrzewanie jest okresem wymagającym szczególnej pieczołowitości ze strony zarówno wychowawców, jak lekarzy. Zapoznanie tej zasady może w wybitnym stopniu przyczynić się do pogorszenia sprawności fizycznej dorosłego pokolenia.

Układ krążenia.

Przed wkroczeniem w dziedzinę tak zwaną „czynnościową", patologia kliniczna przywiązywała wielką wagę do rozpoznania wyłącznie wad organicznych serca. Odsetek tych wad jest stosunkowo niewielki; wśród ogółu młodzieży (170.000 badań w różnych ośrodkach kraju) stwierdzamy od 1% — 3% zmian organicznych serca. W materiale selektywnym Poradni W. F. II Klin. Chorób Wewnętrznych posiadamy od 9% do 11% wad serca. W pracy swej, przeprowadzonej na materiale 2123 uczniów i uczenic szkół powszechnych, średnich ogólno-kształcących i zawodowych w kilku miastach i osiedlach okręgu szkolnego warszawskiego, Dr Tadeusz Bok „Stan narządów krążenia młodzieży szkolnej" (37) stwierdza wzrastające w miarę wieku odsetki młodzieży chorej na serce — poczynając od 2,3% u siedmioletnich chłopców aż do 9,1 wśród osiemnastoletnich, u dziewcząt: 2,0% — 7 lat, do 7,5% — 18 lat. Autor stwierdził najgorszy stan narządów krążenia wśród młodzieży szkół ogólnokształcących, najlepszy wśród młodzieży szkół powszechnych. Zupełnie inaczej przedstawiają się spotykane zaburzenia czynnościowe układu krążenia. Są one nader częste według wszystkich autorów, badających młodzież szkolną. Dr Bok (l. c.) podaje wśród młodzieży dwudziestoletniej 20,8% tych zaburzeń wśród chłopców, 12,1% — wśród dziewcząt. Badania dzieci szkół powszechnych m. Warszawy w r. 1934/35 wykazują 5% zaburzeń czynnościowych układu krążenia. Dr. Stanisław Mierosławski (38) na 189 zbadanych uczniów dawnych 6, 7 i 8 kl. gimnazjalnych, stwierdził 104 przypadki nadciśnienia tętniczego jawnego lub utajonego. Długoletnie badania Dr. E. Reicher, na dużej liczbie młodzieży żeńskiej i męskiej, rzuciły dużo światła na znaczenie tych zaburzeń wśród młodzieży szkolnej.

Zaburzenia czynnościowe układu krążenia wśród młodzieży zgłaszającej się do Poradni, są połączone z szeregiem objawów klinicznych, bądź stwierdza się je podczas badania bez żadnych objawów subiektywnych u młodzieży zgłaszającej się z innych powodów. Najczęściej młodzież uskarża się na szybkie męczenie się, brak tchu po wysiłku, kołatanie serca, bolesne skurcze serca; zespół ten daje wyraźne wrażenie mniejszej wartości i wydolności w pracy codziennej fizycznej i umysłowej, a występuje zwykle dosyć jskrawo w okre-

sach, wymagających większego wysiłku. Systematyczne badanie kliniczne, a następnie czynnościowe pozwala na stwierdzenie odchyleń, względnie zaburzeń dotyczących:

1) wymiarów serca,
2) ciśnienia krwi,
3) rytmu i częstości tętna.

Ustalenie wymiarów serca jest w praktyce oparte na wypukiwaniu granic serca i narysowaniu ortodiagramu. Kryterium porównawcze stanowią obliczone przez Reicherównę przeciętne wymiary serca u młodzieży polskiej, uzależnione od wagi ciała, a ściślej powiedziawszy od rozwoju wszerz klatki piersiowej i rozwoju mięśni. Odchylenie średnie, uznawane przez nas za normalne, wynosi 1 cm.

S e r c e w i e l k o ś c i p r a w i d ł o w e j stwierdza się:

wiek	15—18	18—25
dziewczęta	54%	57%
chłopcy	56%	59%
Serce małe:		
dziewczęta	28%	24%
chłopcy	22%	20%
Serce powiększone:		
dziewczęta	5%	12%
chłopcy	11%	17%

Z tych niezmiernie ciekawych odsetków Dr Reicherówny wynika częstsze występowanie małego serca u dziewcząt, powiększonego u chłopców. Serce małe jest właściwością konstytucjonalną. Zespół kliniczny serca małego, występujący najczęściej, jest dosyć jasny: są to osoby budowy raczej astenicznej niż pyknicznej, pracujące przy przyspieszonym rytmie serca o tonach bardzo mocnych i głośnych, uderzeniu koniuszkowym gwałtownym i podnoszącym. Osobniki, mające małe serce, najczęściej skarżą się na łatwe męczenie się, duszność, bolesne skurcze serca. Reicherówna oznacza ten zespół mianem serca nerwu współczulnego, to jest stanem konstytucjonalnym, w którym przeważa napięcie nerwu współczulnego.

S e r c e d u ż e, podobnie jak serce małe, może być natury konstytucjonalnej bez określonego patologicznego podkładu. Częściej jednak mamy do czynienia u młodzieży z nabytym powiększeniem serca, będącym w związku z usilnym uprawianiem sportów. R e i c h e r ó w n a oznacza je mianem serca nerwu błędnego, lub serca sportowego. Powstaje ono pod wpływem zmian, zwykle zachodzących podczas zaprawy sportowej: powiększenia zasobu zasad krwi, poziomu potasu, przystosowaniu się mięśnia sercowego do wzmożonego wysiłku, to znaczy skurczów wolnych o wielkiej wydajności, przedłużenia rozkurczów. Cięższa praca fizyczna tłumaczy ontogenicznie, a może nawet filogenicznie, występowanie tych zmian częściej wśród mężczyzn, rzadziej wśród kobiet. Serce sportowe posiada powolny rytm pracy, niskie ciśnienie, tony głuche. Na próbę czynnościową odpowiada małą zwyżką ciśnienia w granicach 10 — 15 mm Hg i nieznacznym przyspieszeniem tętna 10 — 15 uderzeń. Odczyn ten zupełnie zmienia się w przypadku przetrenowania, lub przemęczenia. Dlatego też, zdaniem R e i c h e r ó w n y, zagadnienie serca sportowego znajduje się na pograniczu fizjologii i patologii. W obrazie klinicznym serca sportowego spotykamy dosyć często przykre i bolesne sensacje sercowe (ból, kołatanie, zawroty głowy), będące zwykle w związku z dodatkowymi bolesnymi skurczami serca. Niskie ciśnienie może być wyrazem wagotonii konstytucjonalnej. Wagotonia konstytucjonalna lub nabyta znajduje wyraz w częstych zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego; skłonność do nadmiernych ruchów jelitowych lub zaparcie spastyczne, częste wzdęcia, nudności, wymioty, bóle, ślinotok. Wagotonicy są nastawieni raczej na oszczędny tryb życia, z przystosowaniem do wysiłku trwałego i dłuższego.

chłopcy

ciśnienie	wiek: 15—18		18—25
prawidłowe	60%		60%
podciśnienie [1])	od 7%	do	25%
nadciśnienie	od 11%	do	30%

dziewczęta:

ciśnienie	wiek: 15—18		18—25
prawidłowe	50%,		70%
podciśnienie	od 29%	do	42%
nadciśnienie	od 5%	do	17%

Z danych tych wynika, że dzewczęta mają znacznie większą skłonność do podciśnienia, niż chłopcy, u których przeważa skłonność do nadciśnienia. Sytuacja ta

[1]) Za podciśnienie uważamy ciśnienie niższe niż 110 mm Hg, zwykle 85 — 90 mm.

ulega zmianie u dorosłych, uprawiających sporty, wśród których stwierdzamy 30% niskociśnieniowców.

Badanie czynnościowe pozwala na wykrycie tak zwanego nadciśnienia utajonego. Chłopcy i dziewczęta skarżący się na bicie serca, szybkie męczenie się, bóle i zawroty głowy — o normalnym ciśnieniu, wykazują po dokonaniu 15 głębokich przysiadów w ciągu 15 sekund nieraz nagły skok ciśnienia do 180 mm — 200 mm; towarzyszy mu również wielkie przyspieszenie tętna. Powrót do normy spoczynkowej ciśnienia i tętna jest w tych przypadkach opóźniony do kilku lub kilkunastu minut, zamiast dwóch lub trzech. Częstokroć te same fakty stwierdzamy u osobników, mających wybitne podciśnienie, lub u sportowców w czasie nadmiernej zaprawy. Stany nadciśnienia tętniczego u młodzieży przechodzą bardzo często pod wpływem uregulowania trybu życia, zmiany warunków domowych na lepsze, zwiększenia liczby godzin snu i wypoczynku, usunięcia nadmiernego zmęczenia fizycznego i umysłowego, wzruszeń, przejść. Skłonność do nawrotów pozostaje jednak, jako dowód konstytucjonalnego charakteru tego cierpienia (E. Reicher).

Rytm i częstość tętna.

W grupie dziewcząt, prawidłową częstość tętna w spokoju stwierdziła Dr Reicherówna w grupie młodszej u jednej trzeciej części, w grupie starszej — u 40%. Zwolnienie tętna u dziewcząt jest na ogół zjawiskiem rzadkim. Przyspieszenia tętna jest bardzo częste u dziewcząt 15—18 letnich, wynosząc 40%, a nawet 54% w grupie małych serc. U dziewcząt starszych, (18—25) jest ono rzadsze, dając tylko 9%; nawet serca małe tylko u 19% starszych mają przyspieszone tętno. Badania te są dowodem postępującej z wiekiem stabilizacji krążenia i wielkiej chwiejności czynnościowej w ostatnim okresie dojrzewania, tj. przed ukończeniem 18-go roku życia.

Tętno normalne pod względem częstości stwierdzamy u chłopców młodszych (15—18) — w 40%, u starszych — w 60% (18—25). Przyspieszenie tętna u chłopców występuje u 5% — 19% w wieku lat 15 — 18, u 3,5% do 5,5% w wieku 18 — 25.

W grupie męskiej małych serc przyspieszenie tętna jest mniej częste niż u dziewcząt (16% — 28 %). W tej grupie spotykamy bardzo często, tak jak i u dziewcząt, szmery przypadkowe. Tętno wolne spotykamy wśród młodzieży męskiej bardzo często, szczególnie o ile chodzi o ćwiczących usilnie. Obok tego, niezmiernie często spotykamy nadmierne przyspieszenie tętna po ruchu:

grupa młodsza	grupa starsza
wśród serc małych	
u 28% — 34%	38% — 50%
wśród serc prawidłowych	
u 42%	24% — 36%
wśród serc dużych	
u 45% — 55%	30%

Do najczęściej spotykanych zaburzeń rytmu pracy serca, występujących u młodzieży, należy niemiarowość oddechowa i dodatkowe skurcze serca. Uważamy, że niemiarowość oddechowa nie ma znaczenia patologicznego, powstaje natomiast wskutek nadmiernej pobudliwości nerwu błędnego, który odpowiada na podnietę podczas wdechu, zwolnieniem i lepszym wypełnieniem tętna. Skurcze dodatkowe komorowe występują u młodzieży szczególnie przy zwolnionej akcji serca, mając często kliniczny wyraz w postaci przykrych sensacji w okolicy serca. W praktyce codziennej czynnościowe pochodzenie skurczów dodatkowych udawadnia się próbą znikania ich po ruchu, a w razie wątpliwości, rozstrzyga elektrokardiogram.

Osłuchiwanie serca młodzieży daje może największą sposobność do mylnej interpretacji oceny układu krążenia. Tak często stwierdzane szmery przypadkowe nastręczają wiele trudności lekarzom szkolnym. Występują one zarówno w przyspieszonej, jak zwolnionej akcji serca, w stanach niedokrwistości przewlekłej, przy niskim i wysokim ciśnieniu krwi. W stosunku do tonów serca, szmery te są zwykle skurczowe, umiejscawiając się u podstawy serca, bardzo rzadko są one roz-

kurczowe. Zmienność tych szmerów, zależnie od postawy ciała, ruchów, wysiłku, ułatwia ich rozpoznanie. Pomimo braku podstaw do przypisywania im znaczenia patologicznego, El. Reicher uważa je za wyraz mniejszej wartości fizycznej, to znaczy pewnego upośledzenia czynnościowego. Zresztą spotykamy je szczególniej u osób o małym sercu, z przyspieszoną częstością tętna lub z podciśnieniem. Umiarkowane ćwiczenia cielesne działają tutaj dodatnio. Wreszcie na uwagę zasługuje trudna do rozpoznania, a częsta u młodzieży, czynnościowa niedomykalność zastawki dwudzielnej. Osłuchowo stwierdza się wtedy wzmożenie (akcentuacja) drugiego tonu nad tętnicą płucną i szmer skurczowy u podstawy serca. Objawy te są nader zmienne, ustępując częstokroć po okresie wypoczynku. W pozycji leżącej najłatwiej stwierdzamy te zmiany osłuchowe, dające złudzenie typowej niedomykalności. Fizyczna odporność tych osobników jest ograniczona.

Wszystkie powyżej opisane zmiany układu krążenia są wyrazem wielkiej chwiejności poszczególnych składników tego narządu w okresie dojrzewania. Sinica kończyn — acryocyanosis-, należąca do grupy nerwic naczynioruchowych, częstsza u dziewcząt, niż u chłopców, uzupełnia ten obraz zaburzeń układu wegetatywnego. Postępy nowoczesnej fizjologii wykazały zależność tego układu od ośrodków położonych w śródmózgowiu i od przysadki mózgowej. Centralny układ nerwowy, układ dokrewny, układ wegetatywny — są ściśle połączone ze sobą. Wpływy obwodowe wpływają na ośrodki mózgowe i odwrotnie, dyspozycje centralne oddziałują na cały układ wegetatywny i dokrewny. Wpływy tych dwóch układów łączą się ze sobą. Przykładem takiego działania może być, tak często spotykane u dziewcząt, powiększenie tarczycy w okresie dojrzewania. W 30% przypadków łączy się ono ze wzmożeniem podstawowej przemiany materii i przyspieszeniem tętna, jest więc wyrazem tyreotoksykozy. U większości jednak podstawowa przemiana materii jest normalna, brak jest oznak nadczynności tarczycy (zmniejszenie wagi ciała, nadmierna pobudliwość nerwowa, skłonność do pocenia), a przyspieszone tętno, chwiejność układu krążenia zależne są od wzmożonego napięcia nerwu współczulnego. Podobnie patogeneza acrocyanozy ma prawdopodobnie podstawy wegetatywno-dokrewne (tylny płat przysadki mózgowej). Stwierdzenie tych wpływów ma zasadnicze znaczenie w praktyce higieny szkolnej. Wśród przyczyn zaburzeń rozwojowych, musimy uwzględnić wpływy i nastroje psychiczne, mogące bardzo silnie oddziaływać na układ wegetatywny i układ dokrewny.

Nie możemy również pominąć milczeniem nowoczesnych pojęć o rozkojarzeniu wegetatywnym. Tłumaczenie zaburzeń wegetatywnych wzmożeniem napięcia odnogi współczulnej lub parasympatycznej układu wegetatywnego, jako antagonistycznych, nie znalazło potwierdzenia ani anatomicznego, ani fizjologicznego, ani klinicznego. Wiemy dzisiaj, że zmiany wegetatywne, pochodzenia błędnego lub współczulnego, istnieć mogą jednocześnie w rozmaitych narządach. Serce, znajdujące się pod przemożnym wpływem nerwu współczulnego, może istnieć przy jednoczesnych objawach napięcia nerwu błędnego w zakresie przewodu pokarmowego (E. Reicher l. c. str. 624). Klasyczne pojęcia wagotonii i sympatykotonii, muszą być uzupełnione zmianami czynności gruczołów dokrewnych, przy możliwości istnienia bodźców, pochodzących z kory mózgowej.

Narząd oddychania.

Badanie kliniczne płuc wyjaśnia cały szereg zagadnień, będących przedmiotem specjalnego zainteresowania. Gruźlica płuc jest schorzeniem rzadkim wśród młodzieży szkolnej, przynajmniej o ile chodzi o postać t. zw. „phtisis" dorosłych. W zgromadzonym przeze mnie materiale badań lekarzy szkolnych, odsetek gruźlicy płuc był znikomy: 0,20% do 1%. W jednym tylko ośrodku wykazano 3,10% gruźlicy płuc. Gruźlica stawów i kości daje od 0,13% do 0,32% schorzeń wśród ogółu młodzieży. Odsetek ten nie odzwierciadla bynajmniej rzeczywistości, gdyż znaczna większość przypadków gruźlicy chirurgicznej znajduje się poza szkołą, nie mogąc do niej uczęszczać, lub leczy się w specjalnych zakładach. Akcja zapobiegawcza na terenie szkół w stosunku do gruźlicy, polegać powinna zgodnie ze wskazaniami komisji naukowej Polskiego Związku

Przeciwgruźliczego (Prezes Prof. Dr Witold Orłowski), na:

1) stałej opiece nad dziećmi, będącymi w styczności domowej z gruźlicą prątkującą,

2) przeciwdziałaniu rozwojowi gruźlicy wśród tych dzieci, uważając za zagrożone:

a) dzieci po świeżym zakażeniu, stwierdzonym odczynem tuberkulinowym w ciągu lat trzech od chwili zakażenia, gdyż wtedy powstają postacie krwiopochodne i gruźlica chirurgiczna,

b) dzieci po przebytych wysiękowych zapaleniach opłucnej, nacieczeniach okołoogniskowych, po wysiewach w miąższu płucnym, po rumieniu guzowatym, o ile od chwili rzutu nie upłynęło 2 — 3 lata,

c) niemowlęta,

d) dzieci w okresie dojrzewania, które były w styczności z prątkującym, nawet po przerwaniu styczności, gdyż superinfekcja daje tu liczny kontyngent przyszłych chorych,

e) dzieci do lat trzech, z dodatnim odczynem Pirquet'a.

Głównym czynnikiem, kształtującym przebieg gruźlicy dziecięcej, jest superinfekcja pochodzenia rodzinnego w pierwszym roku życia, również i pozarodzinnego w następnych latach. Ponowne dodatkowe zakażenia utrudniają opanowanie zakażenia już przebytego, dają nacieczenia dookołaogniskowe lub nieznaczne wysiewy. Wtedy dziecko jest chore, a po okresie rzutu, spowodowanego dodatkowym zakażeniem — zagrożone rozwojem gruźlicy. Tezy wyłuszczone powyżej dają ważne wskazówki praktyczne w walce z gruźlicą na terenie szkół: główna uwaga powinna być ześrodkowana na dzieciach, będących w styczności z gruźlicą prątkującą. Samo badanie masowe dzieci szkolnych, jako wykrywanie zakażeń (depistage), nie daje wielkich wyników. Grupa dzieci „zagrożonych" powinna korzystać z prewentoriów. Systematyczne okresowe próby tuberkulinowe, dokonywane wśród młodszych roczników dziecięcych, pozwalają na uchwycenie momentu zakażenia, a więc ustalenia okresu, w którym dziecko zagrożone jest dalszym rzutem.

Badania czynnościowe narządów oddechowych w praktyce przewidują ustalanie pojemności życiowej płuc i czasu bezdechu. Dodatni wpływ ćwiczeń cielesnych i sportów na rozwój pojemności życiowej płuc, jest ogólnie znany. Same ćwiczenia mają tutaj mniejszy wpływ, niż sporty. Gimnastyka ma najmniejszy wpływ na pojemność życiową płuc — lekkoatletyka i wioślarstwo działają najsilniej (40).

Reicherówna stwierdza bardzo dodatni wpływ pływania i wioślarstwa na rozwój pojemności życiowej. Worringen (41) podaje następujące przeciętne wśród wybitnych sportowców:

atletyka ciężka	3950
piłka nożna	4200—4300
boks	4800
pływanie	4900
wioślarka	5400

Największe liczby stwiedzono u sportowców zdolnych do długotrwałego i ciężkiego wysiłku: narty, kolarstwo, biegi długodystansowe. Maksimum stwierdzone w Niemczech, wynosiło 7.600 cm^3 [1]).

Przeciętna u osób niewytrenowanych wynosi 3250 cm. Przeciętne Reicherówny u osób, uprawiających ćwiczenia różne i niestale, wahają się, zależnie od wieku, u mężczyzn — od 2990 do 4537, u kobiet — od 2390 do 3040 cm^3. Powiększenie pojemności życiowej płuc pod wpływem ćwiczeń, najwyraźniej zaznacza się w wieku młodym. Wartość kliniczną posiadają pomiary pojemności życiowej przed i po wyczynach sportowych. Dürig pierwszy stwierdził zmniejszenie się pojemności życiowej po wysiłkach (42). Odbywa się ono kosztem powietrza zapasowego, przy zwiększeniu się powietrza zalegającego i jest wyrazem przejściowej rozedmy płuc. Jeżeli zmniejszenie to nie przekracza granic 250 — 500 cm^3 i szybko ustępuje, oznacza to reakcję dobrą (Wachholder). Większe wartości i dłuższy okres powrotu do normy spoczynkowej, są wyrazem upośledzonej sprawności płuc (43). Wyrazem sprawności narządu krążenia i narządu oddechowego, jest próba dowolnego bezdechu; przeciętny czas trwania bezdechu wynosi w grupie niewytrenowanych, lecz upra-

[1]) Dr Englert lekarz sportowy i biegacz na dystanse 80 — 1000 m był posiadaczem tego rekordu. Poradnia Sportowa Ziegelstrasse 27. Berlin.

wiających sporty 35 — 44 sekund u mężczyzn, 22 do 44 u kobiet. W grupie pływackiej osiągano największe liczby: rekordy przekraczają trzy minuty. Sporty przyczyniają się do zmniejszenia pobudliwości ośrodka oddechowego i ta właściwość ma duże zastosowania w lecznictwie.

Badanie wpływu bodźca pracy na ustrój młodzieńczy wykracza poza możliwości rutyny klinicznej i może być tylko przeprowadzane w pracowniach fizjologiczno-klinicznych lub fizjologicznych. Wyjaśnienie tego zagadnienia posiada olbrzymie znaczenie praktyczne. Niestety, wiadomości nasze w tej dziedzinie są znikome. W celu ustalenia wpływu lekcji gimnastyki, starano się określić koszty energetyczne, jakiej wymaga ta lekcja: Grade brał przy tym pod uwagę wzmożenie częstości tętna. Boigey oblicza ilość wydalonego CO^2, Govaerts opiera się na spożyciu tlenu. Tą samą drogą idą Nitescu i Ulmaneau. Wszystkie te badania oparte są na małej liczbie przypadków. Najściślejsze wyniki osiągnęli Missiuro i Perlsberg (44), ustalając wydatek energetyczny lekcji gimnastyki 45 minutowej — czas ćwiczebny po odliczeniu przerw wahał się w granicach od 26'24" do 29,51" — na 146,5 do 161,4 kalorii. Wymiana oddechowa normalna następuje już po 15 minutach odpoczynku.

O właściwościach ustroju dziecięcego wiemy bardzo mało. Przemiana materii jest szybsza, zgodnie ze stosunkiem powierzchni skóry do masy ciała, który w pierwszym roku życia jest proporcjonalnie 2,5 razy większy, niż u dorosłego człowieka. Rytm pracy fizycznej jest wybuchowy i zmienny, to znaczy, że przy dużej rozmaitości i dynamice ruchów, konieczne są częste przerwy wypoczynkowe, stąd niezdolność ustroju dziecięcego do pracy ciągłej i trwałej. Łatwe warunki krwiobiegu z powodu niewielkich rozmiarów ciała, niskiego stosunkowo ciśnienia, daleko idące przystosowanie się narządów wewnętrznych do każdorazowych potrzeb, — umożliwiają dziecku wykonywanie wielkiej ilości ruchu bez zmęczenia. Główne naczynia krwionośne serca są u dziecka, w stosunku do pojemności komorowej, szersze niż u dorosłego człowieka. Opór, na jaki natrafia mięsień sercowy, aby wypchnąć podczas skurczu krew do obwodu, jest stosunkowo mniejszy, niż u dorosłych. Ważnym przyczynkiem do znajomości wpływu pracy na ustrój, zależnie od wieku, jest ogłoszona w sierpniu r. ub. praca Sid Robinsona o wydolności fizycznej, zależnie od wieku (45). Doświadczenia tego autora były przeprowadzone na XI męskich grupach wieku, poczynając od 6 do 91 lat. Stwierdza on, że pojemność życiowa płuc wzrasta stopniowo od 6 lat aż do 20 — 29 lat, zmniejszając się następnie z wiekiem. Organizm młodociany pracuje przy większym przewietrzaniu płuc i niższym ciśnieniu dwutlenku węgla w powietrzu pęcherzykowym. Zwiększenie przewietrzania płuc odbywa się w drodze przyspieszenia oddechu, dorośli posługują się raczej pogłębianiem oddechu. Zasób zasadowy krwi jest mniejszy u chłopców i ilość hemoglobiny jest mniejsza (wiek 6 — 15). Powietrze zapasowe płuc zmniejsza się z wiekiem, tak jak zmniejszeniu ulega całkowita pojemność płuc. Powietrze zalegające zwiększa się. Stosunek

$$\frac{\text{powietrze oddechowe}^{1)} \times 100}{\text{pojemność życiowa płuc}}$$

zwiększa się stale z wiekiem.

Zdolność do najwyższego zużycia tlenu na minutę, pod wpływem znacznego i najwyższego wysiłku, jest największa u chłopców po okresie dojrzewania (16 — 19 lat). Mężczyzni w wieku 70 lat osiągają tutaj wartości o połowę mniejsze, niż chłopcy siedemnastoletni. Wielkości te są zależne od dopływu krwi do tkanek, spożycia tlenu przez tkanki, pochłaniania tlenu w płucach. Przejście od stanu spoczynku do stanu pracy ustroju, jest powolniejsze. Młodzi chłopcy wykazują wielką zmienność częstości tętna, osiągają wyższe wartości podczas pracy, szybsze przyspieszenie w początkowym okresie wysiłku i szybszy powrót do normy.

Przeciętne wielkości pojemności życiowej płuc w litrach, według grup wieku mężczyzn, są następujące:

---

1) Powietrze oddechowe jest ilością powietrza potrzebną przy każdym wdechu normalnym w stanie spoczynku.

I	6 lat	—	1,26
II	10,5 „	—	2,20
III	14,1 „	—	3,71
IV	17,4 „	—	4,95
V	24,5 „	—	5,25
VI	35,1 „	—	4,76
VII	44,6 lat	—	4,28
VIII	51,8 „	—	4,16
IX	63,0 „	—	4,05
X	75,0 „	—	3,20
XI	91,0 „	—	—

Zmniejszenie najwyższego zużycia tlenu podczas pracy, uważa Sid Robinson za jedną z ważniejszych oznak starzenia się.

Układ nerwowy.

Badania polegają na ustalaniu żywości odruchów. Materiały poradniane i wyniki badań lekarzy szkolnych, stwierdzają zgodnie wzmożoną pobudliwość nerwową młodzieży wyższych klas gimnazjalnych, a obecnie licealnych. Wśród dziewcząt bóle głowy są bardzo często spotykane. W badaniach Komisji odsetek pobudliwych wynosi wśród chłopców 8 letn. — 29,39%, 11-letn. 25,57%, 14 letn. — 34,44%. Wśród dziewcząt 8 letn. — 29,78%, 11 letn. — 29,56%, 14 — 15 letn. — 38,17%.

Przemęczenie szkolne.

W związku ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego, nader często spotykamy w dobie obecnej, szczególnie w okresie wiosennym, młodzież męską i żeńską, — kierowaną do lekarza z powodu złego wyglądu, ubytku wagi, bólów głowy, bezsenności, rozdrażnienia, łatwego męczenia się. W tej grupie młodzieży nadciśnienie utajone jest szczególnie częste. Wywiad wykazuje z reguły nadmierne obciążenie tej młodzieży. Liczba godzin snu jest niedostateczna, tj. poniżej 8-u; odległość zamieszkania od szkoły wymaga bardzo wczesnego wstawania. W ośrodkach prowincjonalnych, młodzież dojeżdża z dalszych okolic pociągami, rowerami, autobusami lub innymi środkami lokomocji. Młodzież ta w okresie zimy pracuje właściwie w nocy, wstając o 5 — 6 rano, aby pokonać odległość. Powrót do domu następuje w późniejszych godzinach poobiednich — 5-ta, 6-ta. Ta kategoria dzieci jest poza domem częstokroć 10 lub więcej godzin. Szczegółowe ankiety, przeprowadzone w niektórych ośrodkach, wykazały częstokroć 40, 30, 20% dojeżdżających wśród ogółu uczniów. Dzieci te w ciągu całego dnia nie otrzymują normalnego pożywienia, zabierają śniadania ze sobą, lub są dożywiane w szkole. Wśród uczniów szkoły przemysłu drzewnego w Zakopanem stwierdziłem trzydziestu kilku dochodzących piechotą z odległości ponad 3 aż do 15 kilometrów. Stan zdrowia i rozwoju tych licznych grup dziecięcych jest z reguły bardzo upośledzony. Wszystkie dziewczęta dojeżdżające, jednej ze szkół zawodowych żeńskich, cierpiały na poważne zaburzenia miesiączkowania. Brak tanich i odpowiednich burs dla młodzieży pozamiejscowej, naraża tę młodzież na wysiłek spowodowany uczęszczaniem do szkoły, który przekracza wydolność ustroju. Warunki bytowania naszej młodzieży nastręczają wiele trosk. Młodzież większych miast, dzieci szkół powszechnych, a w szczególności młodzież rzemieślnicza, korzystająca ze szkół dokształcających, wzrasta w warunkach bytowania więcej niż skromnych. Sprawa ta wiąże się z przeludnieniem mieszkań. Prace dotychczas ogłoszone obejmują wprawdzie materiał bardzo różnorodny, dają jednak dosyć wyraźny obraz. Dr. Witold Chodźko ogłosił wyniki badania młodocianych (22.127 osób) z uwzględnieniem danych mieszkaniowych i społecznych, oraz dotyczących stanu zdrowia tej młodzieży. Stwierdzają one stan zupełnie ujemny (46). Dr. Henryk Rabinowicz (47) na materiale 2,500 kart zdrowia, dochodzi do tych samych wyników. Ankiety przeprowadzone przez studium pracy społeczno-oświatowej Wolnej Wszechnicy Polskiej w dzielnicy Ochota (patrz Instytut Spraw Społecznych — Anna Oderfeldówna — Młodzież przedmieścia) (48) — wykazują bezmiar potrzeb tej młodzieży z punktu widzenia mieszkania, warunków spania, pracy, kształcenia się, używania sportów, świeżego powietrza, świetlic, wypoczynku, czystości osobistej, rozrywek. Wszystkie te wpływy społecznego bytowania oddziałują bardzo silnie na młodzież. Nie jest jednak możliwym wyodrębnienie znaczenia każdego z nich oddzielnie.

Ocena ogólna naszej młodzieży pod kątem widzenia zdrowia i wartości fizycznej.

Materiały, obejmujące 7545 chłopców i 7393 dziewcząt, Komisji powołanej przez Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, pozwalają na przybliżoną ilustrację tego zagadnienia. Nasuwają się przede wszystkim dwa pytania: jaki odsetek młodzieży posiada bardzo niewielką wartość fizyczną (młodzież kaleka i upośledzona wybitnie)? Jaki jest odsetek młodzieży zdrowej i silnej? — Odsetek młodzieży zdrowej i silnej, wynosi: dla

chłopców lat		dziewcząt lat	
8 — 9	18%	8 — 9	19%
11 — 12	22%	11 — 12	22%
14 — 15	30%	14 — 15	31%

Odsetek młodzieży kalekiej i upośledzonej wynosi:

dla chłopców: lat		dla dziewcząt: lat	
8 — 9	3,4%	8 — 9	2,9%
11 — 12	3,5%	11 — 12	3,3%
14 — 15	2,5%	14 — 15	3,1%

Z grupy młodzieży pozornie zdrowej, po odliczeniu kalek i wybitnie upośledzonych, wynoszącej liczebnie 96% do 97%, mamy młodzieży zupełnie silnej i zdrowej — 18% i 19% wśród ośmiolatków, 22% wśród jedenastolatków i 30% — 31% wśród czternastoletnich chłopców i dziewcząt. Pozostały materiał jest dotknięty różnymi schorzeniami, które w mniejszym lub większym stopniu ograniczają jego wartość.

Analiza, jaką przeprowadziliśmy, wskazuje główne przyczyny usterek zdrowotnych naszej młodzieży.

I. Już rozważania nad samą budową konstytucjonalną pozwalają na wyodrębnienie typów mniej wartościowych. Zwrócimy uwagę na dwa. W silnej liczebnie grupie astenicznej, obok osobników zdolnych do większych wysiłków (dodatni typ astenika), stwierdzamy spory odsetek młodzieży bardzo wybujałej, o dużym niedoborze wagi, cierpiącej na opadnięcie trzew, nerek etc., wielką pobudliwość nerwową i naczynioruchową, skarżących się na łatwe męczenie się niezdolność do większych wysiłków, bóle głowy, sensacje w okolicy serca. Często stwierdzamy tu serce małe (ujemny typ astenika). Nierzadko przy badaniu stwierdzamy bolesność w okolicy splotu słonecznego (soleralgia) i liczne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: wzdęcie, zaparcie spastyczne. Długa i bardzo wąska klatka piersiowa tłomaczy skłonność tego typu do gruźlicy. Na tę okoliczność wskazał już przed pięćdziesięciu laty profesor Dr. Alfred Sokołowski (49). Krańcowo odmiennym typem jest młodzież otyła, której liczebność jest większa w starszych grupach wieku, dochodząc u chłopców do 1,76%, u dziewcząt do 4,82%. Wśród tej młodzieży spotykamy zaburzenia przemiany materii na tle zmian wydzielania przysadkowego, a więc:

1) chorobę Babińskiego-Fröhlicha (dystrophia adiposogenitalis).
2) przejściową otyłość młodzieńczą; znacznie częściej mamy do czynienia z przejściową otyłością młodzieńczą, połączoną z powiększeniem tarczycy, powiększeniem podstawowej przemiany materii, charakterystycznym układem tłuszczu w tkance podskórnej tułowia i twarzy. Zespół, będący wynikiem dyshormonozy przysadki i tarczycy, poddaje się leczeniu za pomocą przetworów przedniego płata przysadki. (Reicherówna l. c.).

II. Duży odsetek młodzieży dotknięty jest wadami budowy i rozwoju układu kostnego, stawów i mięśni. Do tej grupy należą skrzywienia kręgosłupa, stopy płaskie, rozmaite zniekształcenia stawów, kości, klatki piersiowej, często na tle krzywiczym. Wiotkość narządu ruchowego tłomaczy tak liczne wady postawy.

III. Zaburzenia narządu krążenia — pominąwszy organiczne wady serca, względnie częste w okresie dojrzewania, cechują grupę młodzieży liczną i mało wytrzymałą na większe wysiłki. Są one wyrazem chwiejności narządu krążenia w okresie zmian, zachodzących w czasie rozwoju.

IV. Większość młodzieży dotknięta jest posuniętą próchnicą zębów. Wedle poglądów współczesnych, próchnica zębów jest ściśle związana z trybem odżywiania matki w okresie ciąży i dziecka w okresie pierwszych lat życia. Hypowitaminoza D i hy-

powitaminoza C, tak częste w tych okresach, wpływają na zaburzenia przemiany mineralnej ustroju. W niektórych okolicach kraju powierzchnia żucia jest już zniszczona częściowo u 12 — 14 letnich chłopców. Około 60% młodzieży miejskiej ma posuniętą próchnicę zębów.

V. Wielkie rozpowszechnienie krzywicy, powstającej na tle zaburzeń przemiany mineralnej i występującej prawie u 30% młodzieży, nadaje jej znaczenie poważnej choroby społecznej, upośledzającej rozwój kośćca i układu mięśniowo - ruchowego (wiotkość stawów i mięśni).

VI. Groźnym objawem usterek zdrowotnych młodzieży, jest wielka częstość klinicznych objawów przemęczenia szkolnego i nadmiernej pobudliwości układu nerwowego. Przyczyniają się do tego warunki społeczne bytowania młodzieży, odległość do szkoły, wieczny pośpiech, nadmierne obciążenie umysłowe i fizyczne. Przemęczenie to daje bardzo często nadciśnienie tętnicze u młodzieży męskiej, jawne lub utajone, zwiększa chwiejność układu wegetatywnego w okresie dojrzewania, jest przyczyną zmian czynnościowych krążenia, będących wyrazem, — jak już wspomnieliśmy — mniejszej odporności na bodziec pracy umysłowej i fizycznej.

VII. Znaczne rozpowszechnienie ostrych chorób zakaźnych w młodszych grupach wieku, pozostawia częstokroć ślady trwałe w postaci zmian układu krążenia, narządów zmysłów, narządów wydzielniczych.

VIII. Społeczne choroby przewlekłe: gruźlica, jaglica, używanie alkoholu, choroby weneryczne — wymagają specjalnego omówienia i wychodzą poza ramy niniejszej pracy.

Zagadnienie podniesienia sił fizycznych i odporności rasy, wymaga z naszej strony energicznej interwencji w celu usuwania przyczyn, tak bardzo upośledzających wartość obecnego pokolenia. Wszystko zdaje się wskazywać na to, że w dzisiejszych warunkach bytowania powstały czynniki, wpływające ujemnie na rozwój i równowagę rozwojową młodzieży. Nie należy lekceważyć tak licznych i na pozór przejściowych zaburzeń krążenia na tle chwiejności układu wegetatywnego, ani też skutków przemęczenia szkolnego, ani rosnącej pobudliwości układu nerwowego. Dłuższe działanie tych czynników szkodliwych, prowadzi do utrwalenia zaburzeń t. zw. czynnościowych, tym bardziej, że przy dzisiejszym stanie wiedzy, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, czy nie towarzyszą im, na pozór nieuchwytne, zmiany anatomiczne.

Higiena pracy umysłowej i fizycznej, a właściwie jej fizjologia, w wieku młodzieńczym są zaledwie zapoczątkowane. Granice obciążenia pracą umysłową i metody dzisiejszego wychowania fizycznego są właściwie oparte do dziś na podstawach empirycznych. Należy uznać za niewątpliwe, że wyniki badań młodzieży przedstawione powyżej, wymagają ścisłego unormowania trybu dnia codziennego, idąc w kierunku zapewnienia w pierwszej linii należytego wypoczynku, unikania wszystkiego, co w życiu młodzieży wprowadza element niepokoju i rozdrażnienia (krótkie, a męczące imprezy, uroczystości, źle pomyślane wycieczki szkolne). Nadmierne obciążenie umysłowe, nieracjonalnie pojęte wychowanie fizyczne, które musi się zbliżyć do potrzeb słabszej młodzieży, unikając nadużywania ćwiczeń ruchowych, a nadewszystko — niezdrowa rywalizacja sportowa, odgrywają napewno wybitną rolę.

Jeżeli przy rozbudowie sił narodu i państwa na naczelne miejsce wysuwa się zadanie podniesienia wartości człowieka, gdyż jest ona decydującą — to musimy myśleć o rzuceniu na szalę wysiłków umysłowych i materialnych, aby osiągnąć lepszą i silniejszą młodzież. Musimy otoczyć ją należytą opieką lekarską i społeczną i starać się usuwać wszystko to, co działa szkodliwie. Nie wolno nam zapominać o zadaniach badawczych, które mają na celu wyjaśnienie znaczenia i wpływu najważniejszych składników życia codziennego. Do nich należy w pierwszym rzędzie badanie bodźca pracy na ustrój młodzieży, ocena wpływu ćwiczeń cielesnych i metod wychowania fizycznego, oparcie programów szkolnych na podstawach fizjopatologii wieku młodzieńczego. Lekarze szkolni przyczynić się mogą do wyjaśnienia tych zagadnień.

Do studiów w tej dziedzinie mogą być z wielką korzyścią powołane kliniczne zakłady dla młodzieży szkolnej, przystosowane do możliwości dokładnych badań klinicznych, badania odczynu ustroju na pracę i ćwiczenia cielesne, przeprowadzania

pomiarów antropometrycznych. W roku bieżącym przekształcona została na zakład tego rodzaju Poradnia Wychowania Fizycznego II Klin. Chor. Wewn. Un. J. P. W niedługim czasie powstanie drugi zakład tego typu przy katedrze Antropologii Uniwersytetu Poznańskiego. Konieczne jest utworzenie dalszych zakładów.

Powołanie tych zakładów do życia może się niezmiernie przyczynić do racjonalizacji metod wychowania młodzieży polskiej, a tym samym usunąć szereg przyczyn, obniżających jej wartość i jej postawę życiową wobec pracy, obowiązków i odpowiedzialności, jaka na niej ciąży.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Dr C. Wroczyński.* Bulletin de la Societé des Nations-Volume VI Nr 4 août 1937 str. 593 — 733.
2) *Dr Jan Bogdanowicz.* Rozwój fizyczny dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym. Higiena szkolna. Wydanie II M. Arct, Warszawa. Pod redakcją Dr. Stanisława Kopczyńskiego str. 165 i następne.
3) *Kopczyński l. c.* Higiena szkolna — str. 165.
4) *Barański, Bogdanowicz, Łomnicki.* Pediatria Polska Nr 2. r. 1938.
5) *Kopczyński* l. c. str. 166.
6) *Kopczyński* l. c. str. 172.
7) *Kopczyński* l. c. str. 172.
8) *Mydlarski.* Druk. Zestawienie cyfrowe materiałów Komisji do badań wartości biologicznej młodzieży R. P. Chłopcy i dziewczęta. Warszawa, 10 kwietnia 1937 C. I. W. F.
9) *Schiötz.* Physical Development of Children and Young People during the age 7 to 18-20 years. An investigation of 28.000 pupils at Public (elementary) and Higher (secondary) Schools in Christiania 1923.
10) *Koch E. W.* Über die Veränderung menschlichen Wachtums in erstem Drittel des 20 Jahrhunderts. Johann Ambrozius Barth 1935.
10A) *Koch E. W.* Tempo und Endeffekt menschlichen Wachtums unter Berücksichtung der neusten Grossstatistik des Verbandes deutscher Lebensversicherungsgesellschaften. Reichsgesundheitsblatt H. 14 1936.
10B) *Koch E. W.* Wachtsumbeschleunigung, Rekrutenlänge und Durchschnittgrösse der Erwachsenen. Deutsche Medizinische Wochenschruft 1936, 62, 1140.
11) *Wolf.* Die Nachwirkung der Kriegshunger periode auf das Schulkinderwachstum. Kommunalärztliche Abhandlungen Nr 3. Leipzig, Verlag von Leopold Voss 1932.
12) *Quetelet A.* Sur l'homme et le developpment de ses facultés ou essais de physique sociale. Paris Bachelier 1835.
13) *John Boyd Orr.* Food, Health and income. London, Macmillan Co 1936.
14) *Godin Paul.* Recherches antropometriques sur la croissance des diverses parties du corps 2-me edition. Paris Amedée Legrand 1935.
15) *Messerli F.* Contribution à l'etude de la croisance corporelle physiologique entre 19 et 32 ans. Bulletin de la Société Vaudoise des Sciences Naturelles Nr. 51 1917.
16) *Schnell W.* Leibesübungen und Soziale Hygiene. Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Gottstein, Schlossman, Teleky.
17) *Mydlarski J.* Budowa fizyczna młodzieży poborowej 1906 — 1909. Lekarz Wojskowy T. XXII. Nr. 1, 2, 3, 4.
18) Statistique medicale de l'armée metropolitaine et de l'armée coloniale pour l'année 1932.
19) The health of the School child. Annual Report of the chief medical officer of the Board of Education fot the year 1934. London His Majesty Stationary Office.
20) *M'Goningle G. C. M. and Kirby* J. Poverty and Public Health. London. Victor Gollanez Limited 1936.
21) *Skerlj B.* Menschlicher Körper und Leibesübungen. Towarzystwo Naukowe Warszawskie 1936 r.
22) *Kretschmer E.* Wissenschaftliche und praktische Ziele der Konstitutionsforschung. Arch. f. Soziale Hygiene und Demographie 1934 Nr 8—365.
23) *Arnold A.* Körperentwicklung und Leibesübungen. Leipzig. Johann Ambrozius Barth 1931.
24) *Rössle R. und Böning.* Das Wachstum der Schulkinder, Jena. Gustaw Fischer 1924.
25) *Govaerts A. et Sillavaerts.* Une grave menace pese sur notre avenir racique. Extrait des Memoires de l'Academie Royale de Medecine de Belgique. Tome XXV fasc. 3 — 1934. Bruxelles.
26) *Sydenstricker Edgar.* Health and environnement. Mac Graw Hill 1934 N. Y. City.
27) *Mellanby May.* The Etiology of Dental caries. British Medical Journal Oct. 22-d 1932.
28) *Knudsen K. A.* Text-book of gymnastiks.
29) *Dr Michal Cwirko-Godycki,* Docent Uniwers. Poznańskiego. Komunikat ustny.
30) *Mellanby May.* — jak 27.
31) *Rössle R.* Wachstum und Altern. München, Bergmann 1923.
32) *Matthias E.* Die gegenwärtigen Erziehungs- und Unterrichtsmethoden im Lichte der Biologie. Zurich 1922.
33) *Tandler.* Anatomie des Herzens. Jena 1913.
34) *Kaup I.* Die Wirkung der Leibesübungen auf das Körperwachstum in der Pubertätszeit. 5-te Sportärztetagung in Köln am 6 und 7 October 1928. Gustaw Fischer 1929.
35) *Reicher Eleonora,* Dr fil. i medycyny, Docent Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. Wiedza Lekarska, sierpień, wrzesień, październik 1936. Zeszyty VIII, IX, X.
36) *Spranger.* Psychologie des Jugendalters. Leipzig. Quelle Mayer 1925.
37) *Bok Tadeusz.* Dr medycyny. Stan narzadów krażenia młodzieży szkolnej. Księgarnia Arcta, Warszawa 1938 str. 125 i nast.
38) *Mierosławski Stanisław,* Dr med. Nadciśnienie tętnicze u młodzieży szkolnej. Wiedza Lekarska, sierpień 1936 Z. VIII.
39) *Reicher Eleonora,* Dr fil. i medycyny, Docent Uniwers. J. P. Warszawa, Klinika układu wegetatywno-dokrewnego, Polskie Archiwum

Medycyny Wewnętrznej. Zesz. 2, tom XV, rok 1937 str. 625 i następne.

40) *Reicher Eleonora,* Dr fil. i medyc. O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych. Warszawa 1932 str. 216 i następne.

41) *Worringen in Weichardt W.* Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie Immunitätsforschung und experimentellen Therapie, Band 17, Berlin. Julius Springer 1935.

42) *Dürig.* Ermüdung in Atzler Edgar: Körper und Arbeit. Handbuch der Arbeitsphysiologie.

43) jak 40)

44) *Missiuro W. i Perlsberg.* Badanie nad wpływem lekcji gimnastyki na ustrój. Przegląd Fizjologii Ruchu 1935. Warszawa.

45) *Sid Robinson.* Experimental Studies of physical fitness in Relation to Age. Arbeitphysiologie. Band 10, Heft 3, 1938.

46) *Chodźko Witold.* Bulletin mensuel de office International de l'Hygiene Publique. 1932-25 fasc. 4.

47) *Rabinowicz Henryk,* Dr. Przyczynek do warunków społecznych i stanu zdrowia młodzieży pracującej Warszawy. Warszawa 1936.

48) *Oderfeldówna A.* Młodzież przedmieścia. Z badań ankietowych na Ochocie. Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1937 r.

49) *Sokołowski Alfred,* Dr med. Wykłady kliniczne. Część II-ga. Suchoty płucne. Warszawa 1906.

CHIRURGIA

Leczenie operacyjne kamicy przewodu żółciowego wspólnego. (Traitement chirurgical des calculs du cholédoque). Y o v a n o v i t c h.

Paris Médical.

W dobie obecnej nie ma zgody między chirurgami, co do wyboru jednej metody leczenia operacyjnego kamicy przewodu żółciowego wspólnego, uznanej za najlepszą.

Chirurdzy francuscy z profesorem G o s s e t na czele uważają za metodę z wyboru operację nacięcia ściany przewodu żółciowego wspólnego, wyjęcia kamieni i sączkowania przewodu na zewnątrz.

Chirurdzy amerykańscy dużym uznaniem obdarzają metodę nacięcia ściany w celu rozkruszenia kamienia i forsownego rozszerzenia ujścia przewodu wspólnego do dwunastnicy. Przewód żółciowy zaszywa się bez pozostawienia sączka.

Chirurdzy niemieccy zaś są zwolennikami metody zespolenia przewodu wspólnego z dwunastnicą powyżej kamienia, z pozostawieniem kamienia na miejscu.

Każdy z tych sposobów ma swoje zalety i wady. Autor, zgodnie z poglądem swojego szefa, prof. G o s s e t a, daje pierwszeństwo pierwszemu sposobowi, gdyż posiada on duże zalety przy nielicznych i nieistotnych wadach.

Pod względem technicznym jest to klasyczna operacja K e h r a. Wyniki pooperacyjne wg. G o s s e t a: w przypadkach ciężkich z żółtaczką i gorączką — śmiertelność wynosi 34%, w przypadkach lżejszych z żółtaczką ale bez gorączki, w przypadkach bez żółtaczki i bez gorączki — 2,1%.

Jeśli chodzi o wyniki późne to statystyka ta podaje 90% trwałego wyleczenia. Statystyka śmiertelności pooperacyjnej G o s s e t a za ostatnie lata wykazuje znaczną poprawę. Zarzuty wysuwane przeciwko tej operacji są następujące: stosunkowo duża śmiertelność pooperacyjna, trudność usunięcia wszystkich kamieni i zapobiegnięcia w ten sposób nawrotom kamicy i niebezpieczne konsekwencje dużej utraty żółci, odpływającej przez sączek nazewnątrz. Autor uważa, że zarzuty te są przejaskrawione i nie przypisuje im dużej wagi.

Zarzuty wysuwane przeciwko 2 pozostałym metodom operacyjnym są znacznie poważniejszej natury. Metodzie forsownego rozszerzania ujścia w brodawce V a t e r a zarzuca się możność poważnego uszkodzenia trzustki, wystąpienia obrzęku brodawki i wstępującego zakażenia dróg żółciowych.

Metodzie zespolenia przewodu wspólnego z dwunastnicą z pozostawieniem kamienia na miejscu zarzuca się dużą śmiertelność pooperacyjną, występowanie zakażenia i ciężkiego zapalenia trzustki (w związku z pozostawieniem kamienia w przewodzie wspólnym) i częstość występowania wstępującego zakażenia dróg żółciowych z dwunastnicy — co, pomimo niewątpliwej zalety tej metody w postaci braku utraty żółci na zewnątrz, nie pozwala autorowi za uznanie jej za metodę z wyboru.

Za metodę z wyboru autor uważa sposób pierwszy, tj. operację K e h r a, którą zaleca stosować we wszystkich przypadkach bez gorączki i bez żółtaczki. W przypadkach ciężkich z gorączką i poważnym zatruciem żółciowym wskazane jest dokonanie operacji na 2 tempa. I tempo: sączkowanie przewodu żółciowego wspólnego lub pęcherza żółciowego — na zewnątrz (anus biliaris); II tempo — usunięcie kamieni.

Współistnienie tętniaka tętnicy podobojczykowej z dodatkową parą żeber szyjnych. (Sur l'aneurysme arteriel; et la gangrène ischémique des doigts en rapport avec les cotes cervicales). B a u m g a r t n e r, C l e r c, M a c r e z.

La Presse Med. 91, 1938 r.

Autorzy opisują obserwowany przez siebie przypadek tętniaka tętnicy podobojczykowej u chorej 24-letniej, u której wystąpiły objawy początków zgorzeli kciuka i wskaziciela ręki prawej, połączone z silnymi bólami

Badanie oscylometrem wykazało brak tętna na tej kończynie. Badaniem fizykalnym znaleziono pod prawym obojczykiem guz tętniący wielkości orzecha, który określono jako tętniak części końcowej tętnicy podobojczykowej. Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie, wykryło przy tym obecność dodatkowej pary żeber przy ostatnim kręgu szyjnym, wykształconych prawidłowo, łączących się z trzonem powierzchnią stawową główki, a guzowatością trzonu z końcami wyrostków poprzecznych tegoż kręgu. Mimo energicznego leczenia fizykalnego i farmakologicznego stan kończyny pogarszał się stale, wystąpiło zapalenie gruczołów chłonnych, ciepłota podniosła się do 39°.

Zdecydowano się na zabieg operacyjny; po odsłonięciu tętnicy podobojczykowej znaleziono na jej odcinku końcowym tętniak, do którego ściany dotykał bezpośrednio dość ostry koniec dodatkowego prawego żebra. Tętniak wypreparowano, tętnicę podobojczykową podwiązano, usunięto również żebro dodatkowe prawe. W usuniętym tętniaku znaleziono stary, zorganizowany zakrzep i owrzodzenie ściany wewnętrznej. W przebiegu pooperacyjnym stan ulegał poprawie, zmartwiały kciuk i 2 człony wskaziciela oddzieliły się; rany zabliźniły się, bóle zniknęły, a krążenie poprawiło się zupełnie. Chora została wyleczona.

Na marginesie tego przypadku autorzy przypominają, że opisywano już podobne spostrzeżenia, gdzie przy dodatkowych żebrach szyjnych wytwarzał się z czasem tętniak, dający objawy mniej więcej między 20 — 30 rokiem życia. Tłumaczą oni wytwarzanie się tętniaka długotrwałym uciskiem twardego brzegu żebra na ścianę tętnicy — wywołującym zanik elementów elastycznych tej części naczynia — i następowy tętniak. Zaburzenia naczynio-ruchowe na kończynie

górnej zależą zarówno od drażnienia otoczki tętnicy przez koniec żebra dodatkowego, jak i od owrzodzenia jej ściany wewnętrznej.

Leczenie tego rodzaju przypadków może być: 1) fizykalno-farmakologiczne, 2) operacyjne. To pierwsze jest jednak tylko leczeniem objawowym, to też racjonalnym postępowaniem jest jak najszybsze usunięcie czynnika drażniącego naczynie, a więc dodatkowego żebra i zmienionej części tętnicy.

W przypadkach zaburzeń naczynioruchowych na kończynach górnych należy zawsze pamiętać o tego rodzaju ewentualności, i w razie stwierdzenia obecności dodatkowego żebra — usunąć je operacyjnie by nie dopuścić do większych i nie odwracalnych zmian naczyniowych.

Mechaniczna niedrożność jelit po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. (Occlusions intestinales postoperatoires). M o s m o n t e i l.

Revue de Chirurgie Nr. 8, październik 1938.

Mechaniczna niedrożność jelit po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej może występować: 1) bezpośrednio po zabiegu w ciągu 3 do 5 dni, 2) na 5 — 20 dzień po zabiegu, t. zw. niedrożność wczesna, 3) po kilku tygodniach, miesiącach lub nawet latach — niedrożność późna.

Odróżnienie mechanicznej n i e d r o ż n o ś c i j e l i t o w e j b e z p o ś r e d n i e j (do 5-go dnia operacji) — od niedrożności porażennej jest trudne. Jest to powikłanie spotykane po operacji usunięcia wyrostka robaczkowego, macicy lub po zespoleniu żołądkowo - jelitowym. Przyczyną niedrożności bywa tu uciśnięcia pętli jelita przez fałd sieci czy krezki, a pooperacyjne porażenie jelit pogarsza sytuację. Objawami niedrożności jelit tego okresu pooperacyjnego są: równomierne, znaczne wzdęcie brzucha, brak perystaltyki jelit, całkowite zatrzymanie gazów, bóle lokalizujące się w okolicy pępka, uporczywe wymioty treścią kałową, tętno szybkie i pogarszający się z godziny na godzinę ogólny stan chorego. Stan ten od zapalenia otrzewnej różni się brakiem wzmożonego napięcia powłok, i normalną ciepłotą ogólną. Od porażennej niedrożności pooperacyjnej — wymiotami treścią kałową, przyspieszeniem znacznym tętna i bólami. Rozpoznanie ostateczne ułatwia prześwietlenie brzucha i stwierdzenie w jednej z rozdętych pętli jelita pewnej ilości płynu, o wyraźnie zaznaczonym poziomie górnym, z dużą ilością gazów powyżej płynu.

N i e d r o ż n o ś ć w c z e s n a (5 — 20 dzień po operacji) spowodowana bywa przez zaciśnięcie pętli jelita wytworzonymi już zrostami otrzewnowymi. Występuje ona po operacjach wykonanych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, ropniaka jajowodu, nerki lub zapalenia woreczka żółciowego. Obraz kliniczny w tym przypadku różni się od poprzedniego wzmożoną wyraźnie perystaltyką jelit powyzej pętli uciśniętej („stawianie się jelit"), wyczuwalnym chełbotaniem w miejscu największego wzdęcia brzucha (brzuch wzdęty nierównomiernie). Prześwietlenie brzucha daje obraz jak i przy niedrożności bezpośrednio po operacji.

Późna niedrożność pooperacyjna posiada wszelkie klasyczne cechy niedrożności mechanicznej.

L e c z e n i e: w przypadkach niedrożności mechanicznej bezpośrednio po operacji wskazane jest jak najszybsze wykonanie zabiegu, gdyż osłabiony pierwszą operacją organizm i porażenie pooperacyjne jelit stwarzają warunki do szybkiego samozatrucia i śmierci w ciągu kilku godzin. Zabieg wykonuje się przy znieczuleniu miejscowym, a polega on na uwolnieniu uciśniętej pętli i wykonaniu zespolenia jelit sposobem W i t z l a.

Przy objawach niedrożności wczesnej przed przystąpieniem do zabiegu należy zastosować wstrzykiwania dożylne — stężonych roztworów soli kuchennej, domięśniowo—peristaltiny, brzuch obłożyć lodem i przepłukać kilkakrotnie żołądek. Niejednokrotnie te zabiegi przy jednoczesnych ruchach robaczkowych jelit usuwają przeszkodę i czynią zabieg operacyjny zbędny. W przeciwnym razie, po bezskutecznych próbach tego rodzaju leczenia, należy wykonać operację.

Postępowanie przy późnych niedrożnościach pooperacyjnych, nie różni się od klasycznej metody leczenia niedrożności mechanicznych.

Zaznaczyć jeszcze należy, że w ciągu pierwszych dni po zabiegu w jamie brzusznej (do 4-go dnia) mogą wystąpić objawy ostrej rozstrzeni żołądka. Początek bywa tu również nagły: obfite chlustające wymioty — do 5 litrów na raz z domieszką żółci, pogorszenie się stanu ogólnego, tętno drobne, czasami nitkowate, kończyny zimne, ciepłota w normie lub poniżej. Przy badaniu stwierdza się: znaczne wygórowanie nadbrzusza, zwiększające się z godziny na godzinę, rysujący się przez powłoki żołądek w postaci dużej, twardej masy z objawami chełbotania. Gazy nie odchodzą, ruchów robaczkowych jelit — nie ma. Chory szybko słabnie i w ciągu kilku godzin może nastąpić zejście śmiertelne. Przepłókanie żołądka, ułożenie chorego na brzuchu i dożylne podanie stężonego roztworu soli — usuwa objawy powyższe i jest jedynym racjonalnym leczeniem.

J. Czyżewska.

ORTOPEDIA

Rozłączenie spojenia łonowego; pięć własnych spostrzeżeń. (Disjonctions de la symphyse pubienne. A propos de cinq observations). P. I n g e b r a n s et P. D e c o u l x.

L'Écho méd. du Nord. T. 7, Nr. 9, 1937.

Na podstawie własnych spostrzeżeń dotyczących rozłączenia kości łonowych w następstwie urazu oraz na podstawie piśmiennictwa dochodzą autorzy do następujących wniosków:

1) Rozłączeniu spojenia łonowego w następstwie urazu towarzyszą z reguły inne zmiany urazowe kości miednicy (rozerwanie połączenia kości krzyżowej z kością biodrową, złamania kości łonowych, biodrowych albo kulszowych, złamania panewki itp.).

2) Rozpoznanie omawianej sprawy chorobowej jest zazwyczaj niemożliwe bez pomocy rentgena.

3) Rozłączeniu kości łonowych szczególnie często towarzyszą zmiany urazowe narządów moczowych, w pierwszym rzędzie cewki moczowej i pęcherza, znaczniej rzadziej — moczowodu.

4) Rozłączone kości łonowe mają skłonność do samoistnego nastawiania się.

5) O stopniu rozejścia się kości łonowych trudno sądzić bez pomocy rentgena. Miarę nadmiernej ruchomości w spojeniu łonowym określa najlepiej porównanie dwóch zdjęć przednio-tylnych —

wykonanych w stojącej pozycji chorego z oparciem ciężaru ciała kolejno na prawej i na lewej nodze. Określony tą drogą stan anatomiczny miednicy nie zawsze odpowiada stopniowi upośledzenia jej czynności. To też trwałe nawet rozejście się kości łonowych nie daje bezwzględnie niepomyślnego rokowania.

6) Operacyjne łączenie kości łonowych grozi szeregiem niebezpieczeństw, wyniki zaś nie są zachęcające. Jedynie w przypadkach uszkodzenia narządów moczowych leczenie krwawe może okazać się konieczne.

7) W większości przypadków należy postępowanie lecznicze ograniczyć do ułożenia chorego na plecach i do nałożenia opatrunku zbliżającego wzajemnie obie połowy miednicy bez większych zresztą złudzeń, że na tej drodze uda się odtworzyć pierwotną moc rozerwanego spojenia łonowego.

Badania kilku przypadków nawrotu zwichnięcia ramienia. (Étude de quelques récidives de luxation de l'épaule). Pervèe et Badelon.

Archives de Medec. et Pharmac. navales. T. 127, Nr. 1, 1937.

Autorzy zebrali 9 przypadków nawrotu nawykowego zwichnięcia w stawie barkowym po operacjach typu Oudarda i Wilmoth-Taverniera. Jak wiadomo, operacja Oudarda polega na zmniejszeniu objętości i zmarszczeniu torebki stawowej oraz na wydłużeniu o 4 cm wyrostka kruczego przeszczepem pobranym z piszczeli. W operacji Oudarda t. zw. uproszczonej wykonywa się jedynie wydłużenia wyrostka kruczego łopatki bez zabiegu na torebce stawowej. Z pośród przypadków spostrzeganych przez autorów, jeden chory miał nawrót po operacji Oudarda całkowitej; nawrót ten wystąpił w 5 lat po zabiegu w związku z silnym urazem ramienia. Jeden chory miał nawrót po operacji Oudarda uproszczonej, w 8 miesięcy po zabiegu; nawrót nastąpił w czasie ćwiczeń sportowych. Pozostałe 7 przypadków nawrotu cierpienia wystąpiło u chorych operowanych sposobem Wilmoth-Taverniera, który polega na umieszczeniu przeszczepu kostnego z piszczeli na przedniej ścianie stawu barkowego, przy czym przeszczep jednym swym końcem przymocowany zostaje do wyrostka kruczego łopatki i ścięgna mięśnia pionowego mniejszego. Zgodnie ze spostrzeżeniami autorów, nawroty po operacjach Oudarda zwykłej i uproszczonej widuje się u 10% operowanych chorych, podczas gdy operacja Wilmotha-Taverniera daje nawrót w około 20% przypadków.

W sprawie gruźlicy spojenia łonowego u dziecka. (Sur la tuberculose du pubis chez l'enfant) Akif Chakir et Münir.

Revue d'Orthop. T. 24, Nr. 4 1937.

Autorzy opisują ciekawy i rzadki przypadek gruźlicy spojenia łonowego u 10 letniego chłopca, powikłany obecnością ropiejącej przetoki na kroczu oraz częstym i bolesnym oddawaniu moczu. W okolicy spojenia i tuż nad nim obmacywanie wykrywało guzowatość ciastowatą, miękką, nieco bolesną. Na podstawie zdjęć rentgenowskich zmiany w spojeniu początkowo przyjęto za szpiczak, dalsza obserwacja doprowadziła jednak do

rozpoznania właściwego. Na zdjęciach kości łonowe przedstawiały okrągłe ogniska odwapnienia. Leczenie polegało na wycięciu podokostnowem chorych odcinków kości. W wyniku — wyleczenie całkowite.

Obustronna gruźlica stawów biodrowych. (La coxalgie double). L. Allard.

Revue d'Orthop. T. 44, Nr. 24, 1937.

Obustronna gruźlica stawów biodrowych nie należy do rzadkości, bo występuje u 6 — 8% ogółu chorych na gruźlicę biodra. Częściej widuje się ją u dzieci, niż u dorosłych, częściej u dziewczynek niż u chłopców. Zazwyczaj oba stawy nie ulegają schorzeniu jednocześnie, lecz między wystąpieniem zmian w jednym i w drugim stawie upływa kilka miesięcy albo parę lat. Rokowanie bywa niepomyślne, przede wszystkim dlatego, że około 12% chorych umiera. Duża śmiertelność tłumaczy się tym, że obustronność sprawy świadczy już to o wysokiej zjadliwości zarazka, już to o nikłej odporności chorego. Rokowanie jest niepomyślne jeszcze i dlatego, że w razie wyleczenia ognisk chorobowych w stawach, chory pozostaje kaleką z powodu wielkich trudności w chodzeniu.

Wyleczenie zmian chorobowych w stawach może nastąpić: 1) z zesztywnieniem obu staw´w biodrowych, przy czym główki kości udowych pozostają w panewkach; 2) z powstaniem stawów biodrowych rzekomych wewnątrzpanewkowych albo zewnątrzpanewkowych (zwichnięcie patologiczne); 3) z zesztywnieniem stawu po jednej stronie a powstaniem stawu rzekomego, względnie zwichnięcia po stronie drugiej.

Najbardziej pospolitym zejściem jest zesztywnienie obustronne stawów z przywiedzeniem albo odwiedzeniem kości udowych. Bardziej korzystne jest zesztywnienie z ustawieniem kości udowych w lekkim skręceniu nazewnątrz i w odwiedzeniu o 10 — 15°. Chodzenie odbywa się dzięki ruchom w kolanach. W tych razach torebka i więzadła stawów kolanowych stają się niezwykle wiotkie, prowadząc do wykoślawienia kolan. Chory chodzi bardzo wolno, drobnymi krokami skręcając przy tym tułów to w jedną, to w drugą stronę. Chodzenie jest męczące, to też większość chorych posługuje się laskami. Nie mniej trudne bywa przyjęcie i utrzymanie pozycji siedzącej. Chorzy ci często nie mogą się ani ubrać, ani rozebrać bez pomocy. W razie zesztywnienia z przywiedzeniem obu ud, wystąpić mogą trudności w oddawaniu stolca i moczu.

W przypadkach, gdzie powstał obustronny staw biodrowy rzekomy, chodzenie jest również utrudnione i męczące. Chorzy ci nie mogą utrzymać się przez dłuższy czas na nogach w pozycji stojącej, a tym bardziej nie mogą dłużej chodzić.

Zesztywnienie w jednym stawie biodrowym i staw rzekomy ze zwichnięciem albo bez zwichnięcia po stronie drugiej pozwalają chorym na znośną egzystencję, zwłaszcza gdy zesztywnienie nastąpiło z odwiedzeniem uda i skręceniem jego nazewnątrz. Zaburzenia statyki i trudności w chodzeniu są dość znaczne, jednak mniejsze niż w razie obustronnego zesztywnienia albo obustronnych stawów rzekomych.

Niezależnie od tego jakie zejście miała sprawa gruźlicza w stawach biodrowych, chorzy ci wymagają stałej obserwacji lekarskiej. Chodzi bowiem o to, że z wiekiem dzieci początkowo korzystne ustawienie uda w odwiedzeniu może się przekształcić w przywiedzenie, w przypadkach zaś stawów rzekomych łatwo dojść może do ponownego zaostrzenia wystygłej napozór sprawy gruźliczej.

Leczenie obustronnej gruźlicy stawów biodrowych jest, ogólnie rzecz biorąc, takie same, jak jednostronnej gruźlicy stawu biodrowego, a sprowadza się poza leczeniem ogólnym wzmacniającym, przede wszystkim do unieruchomienia chorych stawów w korzystnym ułożeniu zapomocą opatrunku gipsowego. Wobec tego, że zawsze zachodzi obawa zesztywnienia, należy dążyć, żeby zesztywnienie nastąpiło w ustawieniu kończyny w odwiedzeniu o 15°. Powstałe ropnie zimne należy opróżniać nakłuciem według zasad ogólnych. Unieruchomienie powinno trwać długo. Nie należy pozwalać dzieciom wstawać, jeżeli zesztywnienie nastąpiło z niekorzystnym ustawieniem kończyny; w tych razach ustawienie należy poprawić zapomocą podkrętarzowego przecięcia kości udowej. Gdy sprawa w stawie wygaśnie całkowicie, dziecko jeszcze przez 3 — 4 miesiące powinno chodzić w opatrunku gipsowym, a przez następne 6 — 8 miesięcy w odpowiednim aparacie ortopedycznym.

Obustronny staw rzekomy nie wymaga leczenia operacyjnego. Nie jest wskazaniem do operacji również zesztywnienie w obu stawach, o ile ustawienie kości udowych jest zadawalające; bowiem wyniki operacji uruchamiających są bardzo niepewne.

Trzy przypadki obustronnego wrodzonego zwichnięcia w stawie łokciowym. (Trois cas de luxation congénitale bilatérale des coudes). Guilleminet et Leclerc.

Revue d'Orthop. T. 24, Nr. 6, 1937.

Autorzy mieli sposobność spostrzegać trzy przypadki obustronnego wrodzonego zwichnięcia w stawie łokciowym. Chorymi byli matka, licząca 36 lat, jej 4-letni syn i córka, licząca zaledwie 20 dni życia. U matki stwierdzono nadwichnięcie promieni, u chłopca — boczne zwichnięcie kości promieniowej i łokciowej, u córki zwichnięcie przyśrodkowe obu kości przedramienia. Zdaniem autorów wrodzone zwichnięcia w łokciu z czasem przechodzą w nadwichnięcia.

Leczenie u dzieci winno być zachowawcze, ponieważ kończyna dostosowuje się do nieprawidłowej budowy łokcia i czynność jej może w przyszłości okazać się zupełnie dobrą. Leczenie operacyjne, polegające na wycięciu główki kości promieniowej, wchodzi w rachubę u dorosłych, jeżeli ruchy w łokciu są ograniczone.

Opisywana sprawa chorobowa jest bardzo rzadką. Przyczyną jej powstawania jest prawdopodobnie niedorozwój dolnej nasady kości ramieniowej.

Ostrowski.

GINEKOLOGIA

Znieczulenie nerwu sromnego w położnictwie. (La „pudendus anaesthésie" en obstétrique). Mercken F.

Bull. Soc. belge Gynéc. T. 14, str. 5, 1938 r.

W znieczuleniu „nerwu sromnego" właściwie chodzi o znieczulenie miejscowe w zakresie dźwigaczy odbytu, krocza, okolicy dookoła odbytnicy oraz większych i mniejszych warg sromnych. U-

zyskać to można bądź przez znieczulenie okolicy, gdzie nerw sromny wchodzi do miednicy małej, bądź przez wstrzyknięcie płynu znieczulającego w okolicy fałdy siedzeniowo - prostniczej. W tym ostatnim sposobie postępowania należy wbić igłę na głębokość 10 cm³ (bez obawy) w środku pomiędzy tuber ossis ischii a odbytnicą. Igła przechodzi przez tkankę miękką i trafia na opór, wtedy należy rozpocząć wstrzykiwanie, cofając jednocześnie powoli igłę; wstrzykiwać głównie wgłąb i ku tyłowi.

Przy wycofywaniu igły zwrócić ją należy także ku kroczu i ku wargom większym i mniejszym, wpuszczając też płyn znieczulający. W wyniku tego postępowania znieczuleniu podlega dno miednicy, część pochwy oraz okolica sromu. Zużyć można do 100 — 150 cm³ rozczynu tutocainy 1,5 — 2,0%.

Można powiększyć stężenie do 0,5% (5‰) zmniejszając odpowiednio ogólną dawkę i dodając 0,5 cm³ hypoplistyny, aby ułatwić okres wydalania.

U osób bardzo wrażliwych dobrze jest samo znieczulenie przeprowadzać w odurzeniu chlorkiem etylu.

Jeśli główka jest nisko, dobrze jest wprowadzić do pochwy dwa palce, aby wyczuć, że igła trafiła pod mięśnie dźwigacze odbytu.

Zalety omówionego wyżej znieczulenia:

W 5 min. po znieczuleniu występuje zwiotczenie mięśni dźwigaczy odbytu, srom zieje, dno miednicy rozluźnia się, kanał wodny daje się łatwo rozciągnąć, a przede wszystkim znikają bóle w sromie, pochwie i kroczu.

Powyższe znieczulenie stosowano przeważnie u pierwiastek (u 14 na -8 przyp.). W 12 przypadkach poród zakończono kleszczami, 1 — wydobyciem płodu. Ogólnie biorąc uznano wyniki za b. dobre w 5, dobre w 10, i wystarczające w 3 przypadkach. Znieczulenie nerwu sromnego nie wystarcza do sztucznego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy.

Z pracy autora oraz podanej po niej dyskusji wynika, że omawiana metoda nadaje się przede wszystkim do bezbolesnego przeprowadzania II okresu porodu.

Ciąża po wycięciu mięśniaków. (Les grossesses consécutives aux myomectomies). C o t t e G. i P. M a n g i n.

Gynéc. Obstétr. T. 38, str. 5 — 10 1938 r.

Autor uzyskał 59 odpowiedzi od pacjentek u których wykonano wyłuszczenie mięśniaków, przy czym głównie chodziło o sprawę zapłodnienia.

Po odrzuceniu 20 przypadków, w których ciąża była w zasadzie niemożliwa z powodu bądź braku życia płciowego, bądź wystrzegania się ciąży — pozostaje 39 przypadków, od których odliczyć należy 6 przypadków, w których jednocześnie wykonywano operacje na przydatkach — co mogło wpłynąć na płodność osób operowanych. Z pozostałych 33 kobiet — 10 było w ciąży, z czego, 2 poroniły, pozostałe zaś 8 kobiet donosiło 12 ciąż — a mianowicie 5 po jednej, 2 po dwie i 1 — 3 ciąże.

Powyższe wyniki zachęcają do stosowania operacji M a r t i n a w miarę możności jak najczęściej u kobiet przed 41 r. życia.

Bezbolesny poród, działanie znieczulenia lędźwiowego na macicę w czasie porodu. (Accouchement sans douleurs, l'action de la rachianésthésie sur l'utérus en travail; au chlorhydrate de diéthyéthylène diamide de l'acide a — butyloxycinchoninique). A r b u r e l E.

Bull. Soc. Gynéc. T. 27, str. 347, 1938 r.

Krótkie doniesienie o 20 przypadkach, w których wstrzykiwano po 1,2 — 1,3 cm³ ½% rozczynu percainy z dodatkiem ½ cm³ adrenaliny na 2 cm³ rozczynu.

Znieczulenie trwało 5 — 6 godz., zmniejszone odczucie bolesności trwało jeszcze 4 — 5 godzin.

Przebieg porodu cechował się prawidłowymi, dobrymi bólami, oraz rozluźnieniem ujścia zewnętrznego macicy i mięśni krocza. Toteż niekiedy poród kończył się już po 4 — 5 godzinach. Bóle parte były zwykle słabe, co zmuszało do częstego zakładania kleszczy wyjściowych. Połóg normalny. Szkodliwości ani dla matki, ani dla płodu nie stwierdzono.

Kilka uwag w sprawie wycięcia macicy przez pochwę. (Quelques réflexions sur l'hystérectomie vaginale). C h a v a n n a z J.

Revue franç. Gynécol. T. 33, listopad 1938 r., Nr. 11.

Wycięcie macicy przez pochwę jest operacją, zdaniem autora, niesłusznie zarzuconą w ostatnich czasach. W miarę rozwoju aseptyki i techniki operacji brzusznej, ta ostatnia wypiera wycięcie macicy przez pochwę, jako operację trudniejszą niekiedy technicznie, a niewątpliwie w dużym odsetku przypadków ograniczoną przez warunki przestrzenne.

Ponadto wycięcie macicy przez pochwę jest operacją znacznie mniej przejrzystą, a bliskość moczowodów i pęcherza czyni ją bardziej niebezpieczną pod względem uszkodzenia narządów sąsiednich.

Z drugiej strony wycięcie macicy przez brzuch pozwala na dowolnie zachowawcze operowanie, na atakowanie sprawy chorobowej odpowiednio do jej istoty anatomo-patologicznej; dalej ten sposób operowania pozwala na dokładne zaopatrzenie naczyń krwionośnych i to na skontrolowanie wykonanej hemostazy.

Ponadto operując od góry możemy pozwolić sobie na dowolne setonowanie, od najdrobniejszego do najbardziej rozległego, jak worek M i k u l i c z a. Wreszcie możność sprawdzenia stanu wyrostka i ewentualnego jego usunięcia jest również wartością nie do pogardzenia.

Pomimo tych zalet wycięcia macicy przez brzuch, autor (i słusznie! — refer.) występuje w obronie pochwowego wycięcia macicy.

Operacja ta przede wszystkim jest szybka, oczywiste pod warunkiem, że zastosowano ją w odpowiednim przypadku. Ponadto cechą jej jeszcze ważniejszą jest to, że wywołuje ona bez porównania mniejszy shock, niż operacja brzuszna. Ma to szczególnie ważne znaczenie w przypadkach z osłabieniem serca, u kobiet nadmiernie otyłych, z zaburzeniami naczynioruchowymi itd.

Drenowanie przeprowadzamy przez szeroki otwór, położony w najniższym punkcie otrzewnej, jeśli występuje zapalenie otrzewnej, to dotyczy ono miednicy małej, nie rozprzestrzeniając się na całą otrzewną.

Wycięcie macicy przez pochwę nie pozostawia blizny.

W technice pochwowego wycięcia macicy autor wypowiada się za pierwotną techniką klasyczną we Francji, a mianowicie za pozostawieniem zaciskadeł na wiązadłach na przeciąg 48 godz. — i nie podwiązywania szwami.

Powikłań po takim sposobie postępowania nie widział. Ani krwawień po zdjęciu zaciskadeł, ani stanów zakaźnych.

(Powyższy głos w obronie wartościowej, a niesłusznie zapomnianej operacji jest godny podkreślenia — refer.).

Wyjałowienie hormonalne samiczek białych myszy dzięki umieszczeniu w pochwie estryny. (Stérilisation hormonale de souris blanches par instillation dans le vagin d'hormone estrogeine). K r u p s k i, B l o n s k a j a.

Gynécologie et Obstétrique. Tom 38, Nr. 2 (938), str. 182 — 185.

Po podaniu przeglądu dotychczasowych sposobów wyjaławiania zapomocą hormonów, podają autorzy swoją metodę, polegającą na wykorzystaniu dużego znaczenia estryny dla zapłodnienia. Postanowili stworzyć zasoby hormonu pęcherzykowego, na które musiałyby się natknąć w swojej drodze plemniki, aby je w ten sposób zatrzymać i zapobiec spotkaniu jaja.

Do doświadczeń używali autorzy samiczek białych myszek o wadze 12 — 15 gr. (Niektóre z nich rodziły przedtem, niektóre nie).

Myszkom tym stosowano do pochwy folikulinę 3 razy dziennie w ciągu 7 dni. Po 7 dniach umieszczano myszki razem z samcami.

Wyniki były następujące: odliczając te myszki, które padły w. czasie doświadczenia, 60.9% nie zaszło w ciążę, 39,4% zaszło. Myszki nie przygotowane kilkakrotnie rodziły.

W następnej serii badań stosowano neoovariocrinę (wyciąg z jajnika kobiety), jednak wyniki były gorsze. Nie zaszło w ciażę 57,7% myszek, zaszło 42,3%. Kontrolne myszki wszystkie rodziły. Gorsze wyniki przypisują autorzy sposobowi przyrządzenia wyciągu.

Salpingotomia podłużna całkowita: jej technika i wskazania. (La salpingotomie linéaire totale; technique et indications). C h a l i e r .

Revue française de gynécologie et d'obstétrique. Nr. 8 1938 r., str. 577 — 587.

Salpingotomia podłużna polega na całkowitym otwarciu trąbki od jej ujścia brzusznego do cieśni włącznie. Tylko część śródmiąższowa pozostaje nienaruszona.

T e c h n i k a: Po uwolnieniu trąbki ze zrostów i dobrym jej uruchomieniu, chwyta się jej koniec obwodowy dwoma kleszczykami Chaput i rozciąga. Do ujścia brzusznego, o ile ono jest drożne, wprowadza się sondę gumową lub metalową. O ile natrafia się na opór, należy go ostrożnie pokonywać. Następnie nad sondą, nożem lub nożyczkami, otwiera się trąbkę, uważając, aby cięcie było dokładnie podłużne i nie tworzyło spirali. Dalszy ciąg operacji zależy od stanu jajowodu: w razie potrzeby drenuje się go gazą lub drenem gumowym, przyszywa się do niego jajnik. usuwa krwiotok itd.

W s k a z a n i a: 1) Konieczność zachowania jajowodu dla utrzymania funkcji jajnika przy usuwaniu macicy. W razie stanu zapalnego jajowodu nie potrzeba go usuwać, lecz wystarczy otworzyć go, usunąć wydzielinę i ew. drenować.

2) Wszystkie stany zapalne jajowodu z wyjątkiem ropniaka trąbki. Autor w jednym przypadku po operacji dokonanej z powodu zarośnięcia jajowodów, zaobserwował ciążę. Uważa on, że jego sposób operacyjny jest o wiele skuteczniejszy w zwalczaniu niepłodności, niż dotychczas przyjęta salpingotomia, którą można stosować tylko przy niedrożności jajowodu w jego części obwodowej. Również przy operacji ciąży pozamacicznej nie potrzeba usuwać trąbki. Wystarczy jej otwarcie i usunięcie zawartości.

Wtórne uszkodzenia pęcherza po leczeniu radem raka szyjki macicy. (Lesions vesicales secondaires à la curiethérapie des cancers du col uterin). D u v e r g e y.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique. Nr. 11 1938 r.

Po założeniu radu do pochwy i do macicy występują często zaburzenia pęcherzowe o rozmaitym nasileniu. Przy cystoskopii stwierdza się w tych przypadkach szaro-brunatne naloty i owrzodzenia ściany pęcherza. Przez długi czas uważano te owrzodzenia za przerzuty rakowe i zwiększono dawki radu i Roentgena. Doprowadzało to do pogorszenia stanu chorobowego. Dopiero rozpoznanie owrzodzeń jako uszkodzeń poradowych i leczenie zachowawcze, usunęło dolegliwości i wyleczyło je zupełnie.

Znaczenie i wartość kliniczna gonoreakcji. (Importance et valeur clinique de la gono-reaction). B é c l è r e.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique. Nr. 9/1938 r.

Gonoreakcja dodatnia jest zawsze dowodem przebytego zapalenia rzeżączkowego. natomiast ujemna nie wyklucza rzeżaczki. Dodatni wynik gonoreakcji stwierdzano w 60% zapaleń przydatków, a w 90% tych przypadków, w których klinicznie rozpoznano rzeżączkowe zapalenie.

Dzięki gonoreakcji stwierdzono duże znaczenie rzeżączki w etiologii niepłodności, krwawień u młodocianych, zaburzeń miesiączkowych i przystąpiono do przyczynowego leczenia.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRY

Dobry wynik leczniczy w przypadku xeroderma pigmentosum po witaminie A. (Amélioration d'un xeroderma pigmentosus par la vitamine A.). P. V i g n e, R. L o m b a r d.

Marseille Médic. 1938, Nr. 4 — 5.

Przypadek opisany dotyczy dziecka, u którego w 4-tym miesiącu życia na częściach odkrytych skóry pojawiły się rozlane rumienie. Pod koniec pory letniej rumienie znikły, lecz w następnych latach z nastaniem wiosny znowu pojawiały się i z czasem przybierały postać wykwitów przebarwionych, keratotycznych i zanikowych. Do zmian na skórze dołączył się światłowstręt i obraz kliniczny stał sią typowym dla xeroderma pigm.

a leczenie miejscowe i ogólne (resorcyna) nie dało żadnej poprawy. W 12-tym roku życia zastosowano codzienne wstrzykiwania roztworu 3½% witaminy A. w ilości 0,5 cm³. Po trzech miesiącach tego leczenia nastąpiła znaczna poprawa. Ustąpił światłowstręt, niepokój ogólny również zniknął, owrzodzenia i zmiany keratotyczne znacznie się zmniejszyły i obraz na skórze stał się mniej pstry przez zblednięcie zmian barwikowych.

Badania nad zawartością cholesterolu w krwi chorych na łuszczycę. (Recherches sur la cholestérolémie dans le psoriasis). J. G a t é, G. C h a n i a l, A. V a l l e t, P. H u m b e r t.
Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 6.

Autorzy zbadali 36 przypadków łuszczycy i znaleźli w 56% wzmożoną ilość cholesterolu w krwi, ponad 2°/₀₀, w 5-ciu przypadkach 1,9 do 2 gr na litr, co stanowi najwyższą granicę normalną. Tylko w 11-tu przypadkach poziom cholesterolu był obniżony. Cholesterol w krwi łuszczycowych osiąga najwyższy poziom w okresie największego nasilenia wykwitów. W okresie ustępowania wykwitów poziom cholesterolu w krwi obniża się niekiedy aż poniżej 1°/₀₀. Wyniki te są jednakowe zarówno po leczeniu miejscowym, jak i ogólnym (prothanol), a także po diecie beztłuszczowej. Ponadto zauważono, że przypadki, w których cholesterolemia była szczególnie duża, bardzo opornie poddawały się leczeniu.

Podniesienie poziomu cholesterolu we krwi łuszczycowych nie jest jedynie jednym z następstw tego schorzenia, jest zjawiskiem, wchodzącym w zakres patogenezy łuszczycy. Dowodem na to jest fakt obniżenia poziomu cholesterolu i równoczesnego znikania wykwitów bez zastosowania jakichkolwiek leków, jedynie tylko po beztłuszczowej diecie. Zachodzi więc w tych przypadkach zaburzenie przemiany lipoidów, którego jednym z objawów jest cholesterolemia, a które to zaburzenie ulega poprawie po zastosowaniu diety beztłuszczowej. Dieta ta powinna być stosowana równocześnie z leczeniem miejscowym, a wtenczas wyniki są szybsze i nawroty schorzenia nie tak częste.

Niektóre osutki pochodzenia roślinnego. (Quelques eruptions botaniques). L. A. L o n g i n.
Annales de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 9.

Osutki pochodzenia roślinnego wywołane są przez bezpośredni lub pośredni (za pomocą rąk) kontakt szkodliwej rośliny ze skórą, dlatego też występują na odkrytych częściach skóry. Nie należy włączać do tej grupy schorzeń, które powstają podczas zetknięcia się z rośliną, lecz wywołane są przez inne czynniki np. gąsienice przy zbieraniu owoców lub przez ziemię podczas robót w ogrodzie lub na roli.

Autor opisuje tylko niektóre osutki pochodzenia roślinnego i dzieli je na dwie grupy:

1. Osutki rumieniowo-pęcherzykowe (eruptio

erythemato - vesiculosa) występują po stokrotkach u kwiaciarek, ogrodników i ludzi chodzących po łąkach. Wykwity występują nie tylko po zetknięciu się z kwiatem ale i z liściem a nawet łodygą. Wykwity są mało sączące, silnie swędzą, ograniczają się zwykle do rąk i przedramion. Chrysantemy wywołują podobne zmiany na skórze, ponieważ jednak rośliny te są wyższe, przeto trudno jest tak hodującym je, jak i sprzedającym uniknąć zetknięcia się twarzy z rośliną. Wykwity pochryzantemowe zajmują więc zwykle oprócz kończyn górnych i twarz. Osutki te ustępują szybko po zmywaniu skóry gorącą woda i zastosowaniu obojętnych tłuszczów.

2. Osutki pęcherzykowe (eruptio bullosa) powstają po zetknięciu się z następującymi roślinami: cebula wywołuje na skórze rąk miernej wielkości pęcherzyki o zawartości przejrzystej; niektóre rośliny ozdobne pochodzenia egzotycznego, jak Rhus Toxicodendron wywołują na twarzy i rękach pęcherze olbrzymie, obficie sączące. Według lekarzy kalifornijskich trujące działanie tej rośliny zależy od zawartości szczególnego glukozydu. Dziko rosnąca roślina używana w lecznictwie ludowym przeciw dnie (aegopodum podagrarium) wywołuje powstanie licznych swędzących pęcherzy na przedramionach i twarzy. Pospolicie na łąkach rosnące „margerytki" wywołują niekiedy pęcherzykowe zmiany na rękach i nogach (u dzieci chodzących boso po łąkach), przy czym trujące działanie posiadają zarówno kwiaty, jak i liście i łodygi tej rośliny.

Charakterystyczną cechą osutek poroślinnych jest ich umiejscowienie na częściach odkrytych skóry. Dlatego też w przypadku podobnego umiejscowienia dermatozy lekarz praktyk powinien pamiętać o możliwości wystąpienia osutki poroślinnej i sam śledzić za przyczyną schorzenia, gdyż chorzy prawie nigdy sami tej przyczyny nie podejrzewają. Potwierdzeniem rozpoznania będzie dodatni wynik próby skórnej, wykonanej z odpowiednim antygenem.

Przyczyną opisanych schorzeń jest utrata odporności skóry czyli jej uczulenie, wyjątkowo tylko idiosynkrazja. Właściwym leczeniem byłoby odczulenie przez wstrzykiwanie doskórne alkoholowego wyciągu odpowiedniej rośliny, co jednak trudne jest do przeprowadzenia i rzadko się udaje.

Leczenie tocznia w zakładzie finsenoterapii szpitala Saint-Louis w r. 1937. (Traitement du lupus tuberculeux au laboratoire de Finsenthérapie de Saint-Louis en 1937). J e a n M e y e r.

Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphil. 1938, Nr 5.

W r. 1937 leczono 305 przypadków tocznia, z tych 134 przypadków świeżych, 171 pozostałych w leczeniu z poprzednich lat. Z ogólnej liczby chorych nie wszyscy leczyli się regularnie, około 44% chorych zaniedbało leczenia. Z pośród leczonych regularnie, wyleczono ⅔ przypadków, jużto przy pomocy zabiegów chirurgicznych, jużto wyłącznie aparatem Finsena, już to równocześnie stosując zabiegi chirurgiczne, „Finsena" i inne światłolecznictwo.

Do niewyleczonych zaliczono 74 przypadków, wśród których były przeważnie zastarzałe przypadki tocznia uogólnionego z dużą skłonnością do rozpadu i przypadki, w których wśród zbliznowaciałych bardzo twardych i rozległych ognisk, powstawały ustawicznie świeże guziczki.

Kontrola przypadków wyleczonych wykazała 35 nawrotów. Nawrotów prawie nie spostrzegano w tych przypadkach, w których udało się chirurgicznie usunąć całą tkankę chorobowo zmienioną. Szczególnie częste były nawroty w przypadkach leczonych przez skaryfikację lub zdrapywanie.

Przypadków, które zakończyły się zejściem śmiertelnym było 4: 6-cioletnie dziecko operowane z powodu carcinoma in lupo frontis zmarło z zapalenia płuc, dziewczyna 18-letnia zmarła z powodu zaostrzenia się gruźlicy płuc, 55-cioletnia kobieta popełniła samobójstwo i z nieznanej przyczyny zmarła 73-letnia staruszka.

Stosunkowo duży odsetek przypadków tocznia, które nie zostają wyleczone zależy albo od zbyt późnego zgłaszania się do leczenia (gdyż na toczeń zapada 73% chorych przed 30-tym rokiem życia a tylko 32% do tego wieku zgłasza się do leczenia), albo od braku środków materialnych, albo od zbyt dużej odległości od odpowiednich ośrodków leczniczych.

Jastrzębska.

CHOROBY OCZU

Powikłania oczne w trądzie. (La lèpre en ophtalmologie). V i a l l e f o n t i F u e n t e s.

Annales d'oculistique, T. CLXXV, mai 1938.

Trąd stosunkowo często spotykany w pewnych okolicach, w naszym klimacie jest zjawiskiem rzadkim, jednakże zdaniem autorów nie tak dalece, jak to się ogólnie przypuszcza.

Materiał autorów zawiera 31 przypadków własnych, oraz wyniki przestudiowania rozległego piśmiennictwa, poświęconego trądowi.

W przypadkach autorów znakomitą większość stanowiły rozległe zmiany chorobowe oczu, przeważało zapalenie tęczówki z wysiękiem i zrostami tylnymi, następnie odgrodzenie źrenicy całkowite lub wyrażone w stopniu większym, lub mniejszym.

Powikłania ze strony rogówki dość częste, przedstawiały się jako rozległe bielma całkowicie obejmujące rogówkę, często bardzo znacznie unaczynione. Częściej niż bielma spotykano odosobnione zmiany okrągłe, szarawe, wielkości od punktu do soczewki mniej lub więcej zlewające się i znajdujące się w tkance właściwej rogówki na różnej głębokości. Kilkakrotnie znajdowano zajęcze oko (lagophtalmus), nieczułość i podczułość rogówki, nadciśnienie i pewną ilość zaćm o przebiegu banalnym.

W razie możności zbadania dna oka nie stwierdzono tam żadnych zmian chorobowych, jednakże w połowie obserwowanych przypadków zbadanie dna oka było niemożliwe z powodu rozległych zmian przedniego odcinka.

Obie postacie trądu (nerwowa i guzkowa) zdaniem autorów wywołują zmiany ze strony oczu.

Różniczkowe rozpoznanie okulistyczne na podstawie li tylko klinicznego wyglądu oka jest trudne, przypomina, jeśli chodzi o rogówkę i tęczówkę — gruźlicę, czasami kiłę.

Część pacjentów nabyła choroby we Francji, część w Maroku etc.

Na podstawie obserwacji można przypuszczać, że powikłania oczne pod tropikami są wyjątkowe i w miarę oddalania się od krajów zwrotnikowych stają się coraz bardziej częstymi.

V a n D r i e l (Sumatra) pośród 500 trędo-

watych nie znalazł żadnego niewidomego, w innej statystyce ten sam autor podaje ilość niewidomych na 0,8%.

W Norwegii powikłania oczne według Bakkera wynoszą 80% do 90%.

Powyższe zjawisko tłomaczyć można faktem, że postać nerwową trądu pod zwrotnikami spotyka się częściej i śmierć chorego następuje prędzej. W Konstantynopolu Bistis obserwował powikłania oczne w 68% przypadków (19 chorych), podobnie jak King (Anglia) — 14 chorych. Statystyka Gyotoktu podaje powikłania oczne na 73%, przypadki oślepnięcia na 13%.

Zmiany trądowe, przechodząc ze sąsiadującej skóry, powodują wypadnięcie rzęs (madarosis).

Wyjątkowe zmiany trądowe w powiekach mogą naśladować gradówkę (chalazion), jak w przypadku Jeanselme i Moraxa.

Często obserwowane porażenie nerwu twarzowego powoduje klasyczne skutki lagophtalmus.

Spotyka się również porażenie nerwu okoruchowego, podwinięcie i wywinięcie powiek, nieprawidłowe ustawienie rzęs, szczelinę powiek (t. o. wyjątkowo).

Powikłania ze strony narządu łzowego obserwowano często, a więc łzawienie spowodowane wywinięciem punktów łzowych, lub też zarośnięciem dróg łzowych; zapalenia woreczka łzowego nie są wyjątkiem.

Według niektórych autorów drogi łzowe odgrywają wybitną rolę w pojawieniu się powikłań ocznych: drobnoustroje Hansena, rozwijające się w śluzówce nosa przenikają do worka łzowego — stąd możność przez niszczenie lub zarośnięcie dróg łzowych zahamować przenikanie drobnoustrojów do oka (lub odwrotnie — Santanastaso).

Powikłania na poziomie spojówki są dość rzadkie.

Marchant i jego współpracownicy drogą doświadczalną zarażali szczury, wkraplając na zdrową spojówkę oka kroplę emulsji zawierającej bakterie, świadczy to o przenikliwości spojówki oka na bakterie trądu.

Dla pewnej liczby autorów (Jeanselme i Morax) zapalenie trądowe spojówki jest zjawiskiem wtórnym i jest wywołane przez proces toczący się w nadtwardówce.

Powikłania spojówkowe częstokroć przedstawiają się pod postacią zwykłego przekrwienia rozlanego lub umiejscowionego, połączonego z upośledzeniem czucia.

Czasami stwierdzić można małe, okrągłe guzki, różnych rozmiarów, żółtawe, znajdujące się tuż koło rąbka i bardzo rzadko na spojówce tarczki.

Santanastaso, dzięki drobiazgowym badaniom biomikroskopowym, wykonanym w poszczególnych fazach powstawania opisywanych zmian, stwierdził małe punkciki żółtawe, bardzo

zbite, znajdujące się w sąsiedztwie naczyń, te ostatnie zwykle przedstawiały zmiany gruźlicze, lub kiłowe, rzadziej wiosenny nieżyt spojówki.

Schorzenia nadtwardówki są bardzo częste. Przedstawiają się pod postacią guzków pojedyńczych lub mnogich, stopniowo powiększających się, znajdujących się w pewnej odległości od rąbka, lub częściej w nim samym (postać gruźlicza), towarzyszy im bardzo znaczne unaczynienie, jak również nacieczenie i obrzęk podspojówkowy, uniemożliwiając zamknięcie szpary powiekowej powodują one ciężkie schorzenia rogówki. Rozwój wspomnianych guzków jest stopniowy, rozwoju wstecznego nie spotkano.

Powikłania ze strony rogówki trafiają się dość często, (według M o n t e l'a w 84% przypadków).

M o r a x rozróżnia postać I) żrącą, II) miąższową, III) przerostową.

Postać żrąca jako taka, a więc po wyłączeniu zajęczego oka i schorzeń troficznych rogówki, jest rzadką. Może doprowadzić do przedziurawienia rogówki.

Postać przerostowa, zwana inaczej rzekomo guzowatą (pseudo-tumorale), jest bardziej charakterystyczną.

Występuje jako masa tkanki trądowej o powierzchni nieprawidłowej, silnie unaczyniona, koloru żółtawego lub różowego, dochodząca do kilku milimetrów grubości.

Może dosięgnąć do ciałka rzęskowego, powodując utratę, przynajmniej funkcjonalną, oka.

Postać miąższową spotyka się najczęściej. Zmiany chorobowe stwierdza się na różnej głębokości, polegają one na zmętnieniach bardzo małego natężenia, mniej lub więcej zlewających się, szarawych, graniczących czasami z rąbkiem i przedstawiających się, jako mgła mniej lub więcej gęsta lub plamki, dochodzące do ½ milimetra średnicy.

Opisane zmiany, są spowodowane przez nagromadzenie bakterii, następuje nowotwórstwo naczyń, mniej lub więcej w zależności od przypadku, licznych i dużych, znajdujących się w tkance właściwej rogówki.

Przebieg naczyń dośrodkowy.

W okresie późnym, nacieczenie rogówki jest całkowite, uniemożliwiające zbadanie części głębiej leżących i powodujące zupełną utratę wzroku.

Postacią szczególnie patognomoniczną jest wspomniana przez G a n g e postać a grains blancs.

Wyżej przytoczonym powikłaniom rogówkowym, towarzyszą często schorzenia nerwów rogówki, powodujące upośledzenie czucia.

Badanie biomikroskopowe w niektórych przypadkach wykazało w przebiegu nerwów zgrubienia rozsiane lub umiejscowione (M i n d e r, P i l l a t).

Jako ułatwienie rozpoznawcze zmian trądowych rogówki, T r a n t a s i inni, proponują skrobanie rogówki — obecność bakterii Hansena potwierdza rozpoznanie.

Niektóre przypadki sa szczególnie trudne pod względem rozpoznawczym, np. w przypadku D e L a p e r s o n n'a napotkano jednocześnie trąd, kiłę i gruźlicę. Jedyną oznaką trądu były: guzek trądowy na czole i zapalenie miąższowe rogówki o typie kiłowo-dziedzicznym.

Trądowe zmiany miąższu rogówki pod względem klinicznym są dość bliskie miąższowym zmianom gruźliczym i kiłowym, rozwój ich jednak jest inny. W miąższowym zapaleniu kiłowym, stwierdzamy naciek, unaczynienie i na koniec wchłonięcie.

W nacieczeniu rogówki gruźliczym, rozwój sprawy chorobowej jest bardziej powolny, a regresję spotyka się rzadko, podobnie, jak w trądzie, w którym praktycznie biorąc, nie dochodzi nigdy do wyzdrowienia.

Powikłania ze strony tęczówki i ciałka rzęskowego są częste. Zapalenie tęczówki przebiega pod postacią zapalenia 1) surowiczego: ostrego, lub podostrego, 2) miąższowego, oraz 3) z wytworzeniem guzków trądowych (nodulaire), najbardziej typowe.

Trądziaki tęczówki bywają różnych wymiarów, nie posiadają stałego umiejscowienia, są koloru żółtawego, okrągłe, częstokroć rozsiane w pobliżu podstawy tęczówki, przypominają twory kiłowe lub gruźlicze.

Postać zapalenia plastycznego, odznaczająca się przebiegiem powolnym, wyglądem klinicznym banalnym, spotyka się b. często; powoduje wytworzenie licznych zrostów tylnych, zarośnięcie, często całkowite odgrodzenie źrenicy, tęczówkę babkowatą, oraz wzmożenie ciśnienia śródocznego. Wyjątkowo rozwija się, jako zapalenie ostre ze światłowstrętem, bólami, przekrwieniem i innymi zwykłymi objawami.

Postać ta częstokroć prowadzi do zaniku tkanki tęczówki, oraz nieprawidłowego rozmieszczenia barwika tęczówkowego.

Jako postać oddzielną, autorzy opisują trądowe zapalenie tęczówki z wytworzeniem białych ziarenek (grains blacs). Na przedniej powierzchni tęczówki, stwierdzamy maleńkie, białe ziarenka, błyszczące, przypominające proszek kredowy, mąkę lub puder ryżowy.

Postać powyższa zdaniem autorów jest szczególnie charakterystyczna.

Zapalenie ciałka rzęskowego jest powikłaniem towarzyszącym, zwykle sprawom zapalnym, tęczówki i zdaniem W o o d a, jest jedną z najważniejszych przyczyn ślepoty trędowatych.

Objawy zapalne zwykłe: osady na tylnej powierzchni rogówki, wysięk w komorze przedniej, nierówność źrenicy, zrosty etc. Wahania ciśnienia śródocznego obserwowano często, zarówno pod, jak nadciśnienie.

Rozpoznanie charakteru trądowego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego na podstawie wyłącznie objawów ocznych jest trudne, jednakże w znakomitej większości przypadków inne objawy, zarówno oczne, jak ogólne, pozwalają rozpoznać prawidłowo.

W przebiegu trądu powikłania ze strony soczewki, spotyka się wyjątkowo rzadko, najczęściej pod postacią zaćmy powikłanej. Zmiany trądowe na dnie oczu były uważane do ostatnich czasów za wielką rzadkość.

Pochodzenie tych zmian było przedmiotem szczegółowych dociekań, jedni autorzy podnosili ich pochodzenie wewnętrzne, inni zewnętrzne.

Zdania współczesnych autorów odnośnie częstości zmian chorobowych dna ocznego są podzielone. Jedni, jak B a l l i H a n s e n (200 przypadków), nie spotykali zmian na dnie oczu chorych na trąd, C a n g e stwierdzał je niezmiernie rzadko.

Od czasów T r a n t a s a i R u b e r t a uwagę autorów przyciągnęły zmiany chorobowe siatkówki; naogół przedstawiają się one, jako

plamki małych rozmiarów, widoczne szczególnie na skrajnym obwodzie (łatwiej je dostrzedz po uciśnięciu palcem okolicy rzęskowej). Są one śnieżno białe, istnienie ich potwierdzają Antonelli, Zambaco Pasza, Gabrielides Valettas etc.

Opisane zmiany, Hoffman, uważa za wczesny objaw trądu.

Trantas obserwował retinitis proliferans. Morax ani razu nie znalazł zmian na dnie oczu trędowatych.

Zdaniem autorów, badanie oftalmoskopowe w bardzo dużej ilości przypadków jest z powodu zmian przedniego odcinka nie do wykonania, jak również zmiany spotkane w siatkówce i naczyniówce, nie są spowodowane drobnoustrojami Hansena.

Zapalenie nerwu wzrokowego spotyka się wyjątkowo w postaci nerwowej trądu.

Częściej nieco można zauważyć skroniowe zblednięcie tarczy przy zachowanej niejednokrotnie ostrości wzroku.

Zmiany w polu widzenia spotyka się zdaniem jednych autorów bardzo często, według innych wcale.

Guillermo, Sanchez, Aguilera stwierdzał znaczne zwężenie pola widzenia na kolor biały i niebieski.

Marin Amat znajdował ślepotę na barwy.

Charakteryzując ogólnie powikłania oczne w przebiegu trądu należy podkreślić objawy jako podstępne o przebiegu powolnym.

Na ogół oczy nie są zaognione czy podrażnione, objawy podmiotowe prawie żadne, choroba trwa często latami, wykazując od czasu do czasu zwolnienia, doprowadza jednak ostatecznie do ciężkich zaburzeń wzroku ze ślepotą włącznie.

Jako leczenie ogólne stosowano w Chartreuse de Valbome olej chaulmograe, błękit metylowy, powikłania oczne leczono symptomatycznie.

Flandin i Ragu otrzymali jakoby pomyślne rezultaty stosując dożylne zastrzyki chaulmograe-cholesterolu.

Operacje usunięcia zaćmy, jakkolwiek przebiegały bez powikłań, nie dawały ostatecznie spodziewanych rezultatów — po dłuższym czasie pojawiało się schorzenie tęczówki i wzrok ginął.

Operowano podwinięcie i wywinięcie powiek, zajęcze oko, wkraczano przy podwyższonym ciśnieniu, jednakże autorzy twierdzą za Moraxem, że radykalne leczenie stosować należy jak najrzadziej.

W zakończeniu autorzy podkreślają podobieństwo opisanych schorzeń do tak częstych w naszym klimacie przewlekłych chorób oczu pochodzenia kiłowego i przede wszystkim gruźliczego.

Topolski.

KOMUNIKATY.

IX Zjazd Ginekologów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 27 — 29 maja 1939 r. włącznie.

Główne tematy Zjazdu:

1) Poród fizjologiczny w obecnej dobie.

2) Nowoczesny kierunek leczenia włókniaków macicy.

W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków farmaceutycznych i urządzeń klinicznych. Wydany zostanie również Dziennik Zjazdu, do którego przyjmowane będą ogłoszenia poszczególnych firm.

Zgłoszenia tematów odczytów na Zjazd oraz udziału w Zjeździe, jak również zgłoszenia zainteresowanych firm w sprawie stoisk i ogłoszeń w Dzienniku Zjazdu przyjmuje do dnia 15 kwietnia Sekretariat IX Zjazdu Ginekologów Polskich w Krakowie, Klinika Położnicza i Chorób Kobiecych U. J. Kopernika 23. Tamże udziela się wszelkich informacji dotyczących Zjazdu.

* * *

W dniu 1 kwietnia br. o godz. 11 rano w sali wykładowej II Kliniki Chorób Wewnętrznych im. A. Gluzińskiego (ul. Nowogrodzka 59) odbędzie się III Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca z następującym porządkiem dziennym:

1) Dr St. Rudziński — Gościec jako zagadnienie społeczne.

2) Prof. K. Pelczar — Warunki klimatyczne w powstawaniu przewlekłego gośćca.

3) Doc. E. Reicher — Walka z gośćcem z punktu widzenia kliniki chorób wewnętrznych.

4) Prof. A. Wojciechowski — Walka z gośćcem z punktu widzenia chirurgii.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			1/1 str.	1/2 str.	1/4 str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakl. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40